FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1970

THESE

N° 282

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Marie COLSON

Né le 24 juillet 1932 à Metz (Moselle)

Ancien Interne des Hôpitaux de la Région Poitou - Charente.

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

RENSEIGNEMENTS TIRES DE 64 SPHINCTEROPLASTIES ODDIENNES POUR LITHIASE DES VOIES BILIAIRES.

Président : M. J. LOYGUE, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. 40 RUE PASCAL PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523705_0071

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Marie COLSON

Né le 24 juillet 1932 à Metz (Moselle)

Ancien Interne des Hôpitaux de la Région Poitou - Charente.

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

RENSEIGNEMENTS TIRES DE 64 SPHINCTEROPLASTIES ODDIENNES POUR LITHIASE DES VOIES BILIAIRES.

Président : M. J. LOYGUE, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur J. LOYGUE

Doyen du Centre Hospitalier Universitaire Saint Antoine

qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur PEPIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien Assistant du Centre Hospitalier de Niort

qui m'a inspiré cette thèse et m'a constamment aidé dans ce travail.

A Monsieur le Docteur TERUIN

Anesthésiste Réanimateur
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

qui m'a accordé son aide.

A mes Maîtres du Centre Hospitalier de NIORT

Monsieur le Docteur MARTIN,
Chef de Service de Chirurgie

Monsieur le Docteur SUIRE
Chef de Service de Chirurgie

Monsieur le Docteur DUMEAU
Chirurgien Adjoint

Monsieur le Docteur DE LIGNIERES
Chef de Service de Pédiatrie

Monsieur le Docteur MONIE
Chef de Service de Médecine-Cardiologie

Monsieur le Docteur STEVENET
Chef du Service de Pneumo-Phtisiologie

Monsieur le Docteur BURGUET
Chef de Service de Psychiatrie

Monsieur le Docteur LAVANDIER
Médecin Assistant

et Messieurs les Docteurs en Médecine du Centre Hospitalier de Niort.

que je remercie pour leur enseignement.

En souvenir de mon Père

A ma Mère,

A mon Epouse

A mes Enfants

A tous les Miens

INTRODUCTION

De 1963 à 1969 inclus, soit durant une période de 7 années Le Docteur PEPIN a pratiqué 64 sphinctéroplasties oddiennes, lors d'interventions pour lithiase des voies biliaires (1 cas supplémentaire non présenté ici, mais dont l'évolution a été banale, a été fait en dehors de lésions lithiasiques).

Des sphinctéroplasties ont été réalisées, selon les lésions constatées, isolément ou associées à d'autres manoeuvres sur la voie biliaire principale.

Elles ont été exécutées par le même chirurgien, dans le même lieu (clinique du Dr. PEPIN à Niort), avec la même équipe chirurgicale. Les malades ont tous été endormis par le même Anesthésiste (Dr. TERUIN, Diplômé d'anesthésiologie-Réanimation), qui a assuré la surveillance pré et post-opératoire.

Un décès est survenu dans les suites immédiates de l'intervention. Un autre décès est survenu 8 jours après la sortie de clinique, de façon brutale, par embolie pulmonaire probable, alors que les suites immédiates avaient été simples en clinique.

Aucune autre complication grave, et en tout cas aucune complication pancréatique, n'a par ailleurs été constatée.

Pratiquement tous les malades ont été revus au minimum deux mois après leur sortie de clinique, et, pour la plus grande majorité, à l'occasion de la rédaction de ce travail, soit un recul de 6 ans au moins pour les premiers cas.

A une époque où, après avoir été prônée et exécutée peut être de façon abusive, la sphinctérotomie ou la sphinctéroplastie subissent un certain discrédit, ou, en tout cas, voient souvent leurs indications réduites à des cas précis, du fait en particulier de com-

plications graves survenues dans leurs suites, il nous a semblé intéressant de présenter cette statistique, dont la principale qualité réside dans son homogénéité, et d'en faire le sujet de notre thèse.

Notre plan sera le suivant :

- Premier chapitre : Rappel historique pour montrer :

  . la naissance de ce type d'intervention,
  . l'euphorie des premières années
  . le désenchantement de certains dans les années suivantes.

- Deuxième chapitre : Présentation des faits essentiels concernant les 64 observations.

- Troisième chapitre : Analyse détaillée de ces observations avec étude des différents éléments et renseignements que l'on peut en tirer

- Quatrième chapitre : Les complications de la sphinctéroplastie.

- Cinquième chapitre : Exposé des méthodes utilisées:

  . en ce qui concerne la technique chirurgicale et radiologique de l'intervention.

  . en ce qui concerne d'autre part les soins pré, per et post opératoires dépendant de l'anesthésie réanimation.

- Conclusions.

oOo

Chapitre Premier

HISTORIQUE

L'historique de la sphinctéroplastie est intéressante, car elle montre comment, dans le courant d'une vingtaine d'années, une idée chirurgicale, bonne en soi, peut évoluer, être discutée, soutenue par certains, ou assez sévèrement critiquée par d'autres. Il se crée ainsi une opinion d'ensemble de laquelle on peut essentiellement retenir qu'un seul type d'intervention ne peut être uniformément appliqué à un type d'affection, surtout lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi variée que la lithiase biliaire, et d'un appareil aussi complexe que les voies biliaires.

I - Certes la sphinctéroplastie n'est pas née de ces dernières années :

- Dans leur article de l'E.M.C. consacré aux "Problèmes généraux de la chirurgie de la lithiase biliaire (Technique chirurgicale - Appareil digestif - Tome 3 - 40.915), Messieurs HEPP et BISMUTH indiquent que la première observation de cholédoco-duodénostomie interne, opération désignée aujourd'hui sous le terme de sphinctéroplastie large fut réalisée par KOCHER en 1894.

- En 1913, A. GOSSET préconise la duodénotomie en chirurgie biliaire, trouvant là une manière élégante de tourner certaines difficultés, sans elle, insurmontables.

- En 1922, DEL VALLE, en Argentine parlant d'oddite sclérorétractile, propose de traiter le rétrécissement vatérien par une opération plastique de la papille suivant la voie transduodénale.

- Et en 1933, dans sa thèse sur les pancréatites oedémateuses, R. COUVELAIRE reconnaît une indication précise, logique, de la sphinctéroplastie pour traiter la sténose oddienne.

- Mais durant cette première période, les interventions sur le sphincter d'oddi ne sont jamais pratiquées que d'une façon épisodique.

II - Il faut attendre les années 50 pour que la recherche de la chirurgie biliaire dite idéale aboutisse, petit à petit, à la chirurgie directe sur le sphincter.

- En 1955, à l'Académie de chirurgie, MIRIZZI défend trois idées essentielles :

. la valeur de la radiographie per-opératoire de la voie biliaire principale pour le repérage des calculs,

. la valeur de la papillotomie trans-duodénale "a minima" pour l'extraction de certains calculs enclavés dans l'ampoule de Vater.

. l'intérêt de la cholédoco-duodénostomie externe qui permettra le passage d'un éventuel calcul méconnu, accident dont personne, souligne-t-il,n'est à l'abri.

- MIRIZZI reviendra à l'Académie de chirurgie en 1956, pour parler des calculs juxta-vatériens, et SOUPAULT, lors de la discussion qui suivit, insista sur l'"intérêt de la papillo-sphinctérotomie trans-duodénale" dont plus de 70 cas lui avaient donné toute satisfaction.

- Rien d'étonnant par conséquent à ce que lors de la même année 1956, RETTORI, LAUMONIER et ROUX proclament devant la même Académie que"la sphinctérotomie oddienne est à l'ordre du jour". Ils en pensent pourtant que "ce n'est pas une intervention anodine, et que les indications doivent en être précises et non extensives".

- Ceci n'empêchera pas GOINARD et PELISSIER, en 1957, de décider de pratiquer des "sphinctéroplasties larges" et d'en élargir les indications.

- Un an plus tard, en 1958, après BARRAYA qui rapporte 69 résultats éloignés de papillo-sphinctéroplastie mesurée, GOINARD et PELISSIER apportent à l'Académie 76 opérés par sphinctéroplastie large et peuvent "affirmer que la sphinctéroplastie est bénigne et efficace".

- Une discussion est ouverte à ce sujet à la tribune de l'Académie. Elle aura lieu lors de l'année 1959. Des statistiques importantes sont apportées par AUDOUIN, HEPP, BARRAYA, SOUPAULT.

Des critiques sont pourtant faites et des accidents annoncés. Et MALLET-GUY déclare être "persuadé que dans quelques années, revenu des enthousiasmes de la jeunesse, mon ami P. GOINARD nous apportera des solutions nuancées, plus conformes à la diversité pathologique".

III - Les années 60 sont maintenant passées :

- En 1963, GOINARD et PELISSIER après 6 ans de recul, déclarent n'avoir rien perdu de leur enthousiasme. Ils ont réalisé 144 sphinctéroplasties avec une mortalité globale de 6 cas, mais sans aucune pancréatite aiguë post-opératoire, sans aucune fistule duodénale.

Une nouvelle discussion est entamée.

LOYGUE, ROUX apportent des résultats également bons.

OLIVIER, MERCADIER, GERMAIN insistent sur les complications, et en particulier sur la pancréatite dont chacun a vu plusieurs cas mortels.

- En 1965, MOUCHET, MARQUAND, GUIVARC'H et LENRIOT rapportent 180 cas de sphinctérotomie et concluent "nous considérons la sphinctérotomie oddienne comme une excellente opération à condition qu'elle soit effectuée avec une technique minutieuse et suivant les indications très précises". Mais ils ajoutent "l'engouement en faveur de cette technique s'est considérablement atténué ces derniers temps".

- Et la discussion peut se clore en 1968 :

. GOINARD et PELISSIER ont maintenant 12 ans de recul avec 255 sphinctéroplasties, sans avoir jamais observé de pancréatite.

. HEPP, GERMAIN, ROUX expriment une toute autre opinion en disant par la plume de ce dernier "la pancréatite aiguë nécrosante est une complication que les chirurgiens parisiens connaissent hélas et qu'ils redoutent".

. "Force est donc de constater que près de 12 années n'ont pas suffi pour nous mettre d'accord", termine GOINARD.

oOo

Deuxième Chapitre

LES OBSERVATIONS

Les 64 observations ici résumées dans leurs détails essentiels représentent la totalité des sphinctéroplasties faites par le Docteur PEPIN, de 1963 à 1969, pour lithiase biliaire.

- Observation n° 1 - Opération le 8.1.1963

- Madame G.... 76 ans,

- Lithiase vésiculaire, ictère, état général médiocre.

- Médiane sus-ombilicale.

- La vésicule contient de gros calculs (une dizaine), la voie biliaire principale est dilatée.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale dilatée, terminée par une zone nettement effilée, sans image de calcul.

- Cholédocotomie exploratrice.

- Sphinctéroplastie : repère de la papille par le cholédoque, pas de calcul, oddite.

- Fermeture de la cholédocotomie.

- Cholécystectomie.

- Suites immédiates simples : départ au 12e jour.

- Malade revue le 19.3.1963, en excellent état.

- Décès en 1965, à 78 ans, d'une hémorragie cérébrale. Avait été très bien entre l'opération et le décès.

- Observation n° 2 - Opération le 24.1.1963

- Madame T.... 33 ans

- Lithiase vésiculaire, syndrome cholédocien, ictère.

- Trans-rectale droite.

- La vésicule contient de multiples calculs, la voie biliaire principale est dilatée.

- Intubation par le cystique.

- Radio : dilatation de la voie biliaire principale, deux images de calculs, mauvais passage duodénal.

- Cholécystectomie.

- Cholédocotomie : un calcul sort aussitôt. Le deuxième beaucoup plus gros, est bloqué dans l'ampoule de Vater.

- Sphinctéroplastie. Extraction du calcul qui était enchâtonné dans un diverticule.

- Fermeture de la cholédocotomie.

- Suites immédiates simples : départ au 11e jour.

- Malade revue le 13.4.1963 en excellent état, et le 18.12.69. de même.

- Observation n° 3 - Opération le 25.2.1963

- Madame A... 56 ans

- Lithiase vésiculaire avec crises cholédociennes.

- Médiane sus ombilicale.

- La vésicule contient deux gros calculs, le cystique est collé à la voie biliaire principale.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale dilatée, terminée par une zone rétrécie, sans image de calcul, passage duodénal néanmoins satisfaisant.

- Cholécystectomie.

- Cholédocotomie exploratrice.

- Sphinctéroplastie : repère de la papille par le cholédoque, pas de calcul.

- Fermeture de la cholédocotomie.

- Suites immédiates parfaites : départ au 9e jour.

- Malade revue le 7.5.1963 en excellent état, et le 22.12.1969 de même, malgré quelques petits épisodes douloureux dans les premiers temps qui suivirent l'intervention.

- Observation n° 4 - Opération le 22.4.1963

- Madame M.... 32 ans

- Lithiase vésiculaire et probablement cholédocienne.

- Trans-rectale droite.

- La vésicule contient de nombreux et gros calculs.

- Intubation du cystique.

- Radio : image de deux petits calculs dans le bas-cholédoque, passage duodénal défectueux.

- Cholécystectomie.

- Sphinctéroplastie : repère de la papille par le cystique, extraction de deux petits calculs.

- Suites immédiates simples : départ le 10e jour.

- Malade revue le 26.12.1969 : excellent état, malgré quelques "picotements" passagers.

- Observation n° 5 - Opération le 19.6.1963

- Madame F..... 50 ans

- Lithiase vésiculaire, avec suspicion cholédocienne.

- Para-médiane droite.

- Intubation du cystique.

- Radio : la voie biliaire principale n'est pas dilatée. Le passage duodénal est bon. Mais existence de petites images douteuses dans le cholédoque.

- Sphinctéroplastie : repère de la papille par le cystique, pas de calcul retrouvé.

- Cholécystectomie.

- Suites immédiates simples : sortie eu 11e jour.

- Malade revue le 29.8.1963 : très bon état mais garde quelques douleurs mal déterminées dans la région sous hépatique. Le 20.12.1969, la malade, dont l'état général est excellent, présente par intermittence des douleurs et vomissements qui sont peut être en rapport avec une hernie hiatale.

- Observation n° 6 - Opération le 28.6.1963

- Madame P.... 29 ans

- Cholécystite aiguë, sub-ictère, impression de péritonite localisée.

- Para médiane droite.

- Lésions inflammatoires très importantes de la vésicule et du pédicule hépatique.

- Intubation du cystique.

- Radio : image arrondie dans la voie biliaire principale qui est réduite à un défilé très étroit au dessous de cette image.

- Cholécystectomie : vésicule bourrée de calculs.

- Cholédocotomie : extraction d'un calcul.

- Sphinctéroplastie difficile car le passage d'un béniqué dans la partie basse du cholédoque est difficile.

- Mise en place d'un drain de Kehr

- Intervention très difficile.

- Suites immédiates prolongées, 42 jours, mais sans complications particulières. Ablation du drain de Kehr après contrôle radiographique non satisfaisant.

- Revue le 28.8.1963, en très bon état. En 1969, n'habite plus à l'adresse indiquée.

- Observation n° 7 - Opération le 9.8.1963

- Madame B.... 70 ans

- Lithiase vésiculaire.

- Para-médiane droite.

- Intubation du cystique.

- Radio : deux petites images suspectes dans la voie biliaire principale.

- Sphinctéroplastie : pas de calcul retrouvé.

- Cholécystectomie.

- Suites immédiates simples : sortie au 11e jour.

- Malade revue le 30.10.1963, et le 15.1.1970 en excellent état.

- Observation n° 8 - Opération le 9.10.1963 et le 8.11.1963

- Monsieur D.... 80 ans

- Cholécystite aiguë avec ictère.

- Médiane sus-ombilicale.

- La vésicule est complètement ratatinée dans le foie, la région du pédicule hépatique est très inflammatoire, l'ensemble est très difficile à disséquer.

- La canule est placée d'abord dans la voie biliaire principale puis dans la vésicule, car il n'existe pas de cystique.

- Deux séries de radiographies montrent : une voie biliaire principale dilatée dans son ensemble, avec un bas cholédoque qui semble irrégulier mais sans image formelle de calcul, et avec un passage duodénal satisfaisant.

- Cholédocotomie. Contrôle instrumental négatif. Mise en place d'un drain de Kehr.

- Le contrôle par le drain de Kehr pratiqué environ 20 jours plus tard montre incontestablement l'existence de trois petits calculs au moins, flottant dans la partie inférieure du cholédoque.

- Sphinctéroplastie le 8.11.1963 avec repère de la papille par l'orifice de cholédocotomie après ablation du drain de Kehr, extraction de deux calculs et de boue, fermeture de la cholédocotomie.

- Dès lors, suites simples et départ 54 jours après la première intervention.

- Malade revu le 5.3.1964, en parfait état; il a donné de ses nouvelles par lettre le 20.12.1969. Il a 87 ans et n'a pas eu d'autres ennuis que ceux fournis par des fils de paroi mal supportés.

- Observation n° 9 - Opération le 11.10.1963

- Madame G... 35 ans

- Calcul du cholédoque avec ictère.

- Para-médiane droite.

- Voie biliaire principale et cystique très distendus et dilatés.

- Intubation du cystique.

- Radio : image de dilatation très importante de la voie biliaire principale, se terminant en cul-de-sac sans image classique du gros calcul que l'on palpe dans le bas-cholédoque.

- Sphinctéroplastie en se repérant sur le calcul, qui sera accouché par une large ouverture du sphincter.

- Cholécystectomie.

- Suites parfaites : départ au 10e jour.

- Malade revue le 4.1.1964, et le 19.12.1969 en excellent état.

- Observation n° 10 - Opération le 18.10.1963

- Monsieur M..... 77 ans

- Calcul du cholédoque à la biligraphie.

- Para-médiane droite.

- Vésicule et pédicule collés, dissection.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale très dilatée. Image en radis du bas-cholédoque, aucun passage duodénal.

- Cholédocotomie : l'extraction du calcul est impossible car on ne le perçoit pas avec les instruments qui le recherchent.

- Sphinctéroplastie avec repère de la papille par le cholédoque. Même par cette voie le calcul est difficile à extraire, il a la forme d'un gros noyau d'olive et devait être logé dans un diverticule.

- Fermeture de la cholédocotomie.

- Cholécystectomie.

- Suites simples : départ au 11e jour.

- Malade revu le 27.11.1963 et le 12.6.1968, en excellent état. Il est décédé en Septembre 1969, d'un infarctus du mésentère à 83 ans.

- Observation n° 11 - Opération le 19.10.1963

- Madame G... 60 ans

- Ictère par rétention depuis un mois, mauvais état, antécédents de coliques hépatiques.

- Para-médiane droite.

- Vésicule de la taille d'une noix, collée à la voie biliaire principale.

- Dissection pas à pas. Ouverture volontaire de la vésicule. Extraction d'un gros calcul. Et constatation d'une fistule bilio-bi-

liaire dont on pense d'abord qu'elle est située entre la vésicule et le canal hépatique droit.

- Cholécystectomie.

- Intubation du cholédoque.

- Radio : la fistule siégeait en fait sur le canal hépatique commun. La voie biliaire principale est dilatée dans son ensemble. Pas de calcul visible. Mauvais passage duodénal.

- Cholédocotomie au niveau de l'intubation.

- Sphinctéroplastie large.

- Fermeture de la fistule sur le canal hépatique commun et fermeture de la cholédocotomie.

- Suites immédiates impeccables. Sortie au 10e jour.

- Malade revue le 15.11.1963 et le 15.1.1964 en excellent état.

- Observation n° 12 - Opération le 6.11.1963

- Madame B... 78 ans

- Calcul du cholédoque avec ictère datant de trois semaines. Etat général médiocre.

- Para-médiane droite.

- Vésicule scléro-atrophique collée contre la voie biliaire principale. Ouverture de la vésicule ce qui permet d'arriver jusqu'à l'abouchement dans la voie biliaire principale.

- Cholécystectomie.

- Cholédocotomie en agrandissant l'orifice du cystique. Ablation d'un gros calcul du cholédoque.

- Pas de radio.

- Sphinctéroplastie.

- Fermeture de la cholédocotomie.

- Décès le 8.11.1963.

- Observation n° 13 - Opération le 24.12.1963

- Monsieur L.... 43 ans

- Lithiase vésiculaire et cholédocienne avec angiocholite.

- Para-médiane droite.

- Vésicule scléro-atrophique collée à la voie biliaire principale.

- Intubation du cystique.

- Radio : image de calcul du bas-cholédoque.

- Cholécystectomie.

- Cholédocotomie à minima.

- Sphinctéroplastie : repère de la papille,difficultés de la sphinctéroplastie, car on est gêné par des replis de muqueuse duodénale, impossibilité de passer un instrument de bas en haut.

- Nouvelle radio après fermeture de la duodénotomie et mise en place d'un drain de Kehr : aucun passage vers le bas.

- Cholédocotomie plus large qui permettra d'extraire un gros calcul qui bloquait tout.

- Le passage est désormais libre vers le bas.

- Drain de Kehr. Radio de contrôle.

- Nouveau contrôle le 13.1.1964, ablation du drain de Kehr, et sortie au 24e jour.

- Malade revue le 15.2.1964 - le 22.4.1964 - le 16.2.1966 et le 23.12.1969, toujours en excellent état.

- Observation n° 14 - Opération le 1.2.1964

- Monsieur G..... 63 ans

- Lithiase vésiculaire chez un homme en état général et cardio-vasculaire médiocre, ayant subi une gastrectomie préalablement.

- Para-médiane droite.

- La vésicule contient deux calculs libres.

- Intubation du cystique.

- Radio : pas d'image de calcul. Mais le bas-cholédoque est rétréci et il n'y a pas de passage duodénal.

- Sphinctéroplastie, avec repère de la papille par le cystique.

- Cholécystectomie.

- Suites immédiates prolongées par une nécrose musculaire.

- Sortie le 25.2.1964, donc au 24e jour.

- Revu le 11.3.1964, le 15.6.1964 et le 18.12.1969, en excellent état, sans éventration.

- Observation n° 15 - Opération le 4.2.1964

- Madame C.... 27 ans

- Syndrome vésiculaire et cholédocien.

- Para-médiane droite.

- Vésicule tendue. Voie biliaire principale dilatée.

- Ponction de la vésicule.

- Dissection du cystique et intubation.

- Radio : dilatation de la partie haute des voies biliaires, le bas-cholédoque n'est pas visible.

- Cholécystectomie.

- Sphinctéroplastie : repère de la papille par le cystique; extraction de deux petits calculs.

- Suites immédiates : sortie au 10e jour.

- Malade revue le 12.3.1964, le 28.5.1964 et le 26.12.1969, en excellent état.

- Observation n° 16 - Opération le 6.3.1964

- Madame G.... 40 ans

- Lithiase vésiculaire.

- Para médiane droite.

- Intubation du cystique.

- Radio : défilé étroit du bas-cholédoque, au-dessous d'une image pouvant évoquer un calcul, mauvais passage duodénal.

- Sphinctéroplastie : repère de la papille par le cystique; pas de calcul retrouvé.

- Cholécystectomie.

- Suites simples. Sortie au 10e jour.

- Revue le 13.5.1964, en très bon état.

- Observation n° 17 - Opération le 11.3.1964

- Madame V.... 29 ans

- Lithiase vésiculaire.

- Para-médiane droite.

- Intubation du cystique.

- Radio : deux ou trois images faisant penser à de tout petits calculs, terminaison effilée du cholédoque, avec passage duodénal pourtant satisfaisant.

- Sphinctéroplastie : repère par le cystique. Pas de calcul retrouvé.

- Cholécystectomie.

- Suites immédiates simples : sortie au 9e jour.

- Malade revue le 21.5.1964 en excellent état.

- Observation n° 18 - Opération le 1.4.1964

- Madame C.... 67 ans

- Crises cholédociennes subintrantes avec ictère.

- Para médiane droite.

- Très grosse voie biliaire principale.

- Intubation du cystique.

- Radio : aucun passage duodénal. Pas d'image de calcul.

- Sphinctéroplastie : repère par le cystique. Extraction d'une quantité importante de calculins et de boue.

- Cholécystectomie.

- Suites excellentes. Sortie au 12e jour.

- Malade revue le 2.5.1964, en excellent état.

- Observation n° 19 - Opération le 7.4.1964

- Madame D.... 40 ans

- Cholécystite lithiasique.

- Médiane sus-ombilicale.

- Vésicule scléro-atrophique remplie de calculs.

- Intubation du cystique.

- Radio : il existe dans le cholédoque plusieurs petites images rondes qui peuvent être de l'air ou de petits calculs.

- Sphinctéroplastie : repère de la papille par le cystique. La sphinctéroplastie est de réalisation plus difficile que d'habitude. On ne retrouve pas de calcul dans le cholédoque.

- Cholécystectomie.

- Suites simples. Sortie au 12e jour.

- Revue le 22.6.1964, Rien d'autre à signaler que quelques douleurs au niveau de la sortie du drain de Redon.

- Observation n° 20 - Opération le 16.5.1964

- Madame D.... 49 ans

- Lithiase vésiculaire ancienne.

- Para médiane droite.

- La vésicule contient de nombreux petits calculs. La voie biliaire principale est augmentée de volume.

- Intubation du cystique.

- Radio : grosse voie biliaire principale. Pas d'image de lithiase. Passage duodénal médiocre.

- Sphinctéroplastie avec repère de la papille par le cystique.

- Cholécystectomie.

- Suites immédiates parfaites : sortie au 11e jour.

- Revue le 27.7.1964, rien à signaler.

- Observation n° 21 - Opération le 26.5.1964

- Madame P.... 35 ans

- Empierrement de la voie biliaire principale, avec ictère

- Para-médiane droite.

- Petite vésicule renfermant quelques calculs, énorme voie biliaire principale transformée en un cylindre rempli de calculs.

- Dissection et intubation du cystique.

- Radio : images marécageuses de l'ensemble de la voie biliaire principale.

- Ouverture de la partie moyenne de la voie biliaire principale. Extraction de 35 calculs.

- Mise en place d'un drain de Kehr pour radio de contrôle à la recherche de calculs restants, mais les renseignements obtenus ne semblent pas suffisants.

- Sphinctéroplastie et contrôle de bas en haut.

- Ablation du drain de Kehr et fermeture de la voie biliaire principale.

- Cholécystectomie.

- Suites immédiates impeccables. Sortie le 14e jour.

- Le 9.7. la malade est passée de 36 kg, à 42. Le 26.9.64 elle pèse 49 kg. Le 19.12.1969, elle pèse 53 kg. Il n'y a jamais eu la moindre manifestation.

- Observation n° 22 - Opération le 23.6.1964

- Madame P..... 50 ans

- Cholécystite lithiasique avec ictère.

- Para-médiane droite.

- Etat inflammatoire de la vésicule et de la voie biliaire principale.

- Intubation du cystique.

- Radio : rien à signaler.

- Sphinctéroplastie du fait de l'ictère. Pas de calcul.

- Cholécystectomie.

- Suites simples. Départ au 15e jour.

- Malade non revue.

- Observation n° 23 - Opération le 1.7.1964

- Madame T.... 63 ans

- Coliques hépatiques subintrantes plus ictère.

- Para-médiane droite.

- Calcul apparemment unique, bloqué dans le cystique. Ablation du calcul.

- Intubation par le cystique.

- Radio : voie biliaire principale dilatée dans sa partie haute, rétrécissement du bas-cholédoque, pas d'image de calcul.

- Sphinctéroplastie.

- Cholécystectomie.

- La malade quitte la clinique au 10e jour en excellent état.

- Elle meurt le 19.7.1964, brutalement, par embolie pulmonaire probable nous a dit le médecin traitant.

- Observation n° 24 - Opération le 10.2.1965

- Madame D.... 54 ans.

- Cholécystite subaiguë, avec ictère.

- Para médiane droite.

- Vésicule remplie de calculs qui sont essentiellement tassés dans une poche située le long de la voie biliaire principale. Celle-ci est dilatée.

- Intubation du cystique.

- Radio : très grosse voie biliaire principale. Pas de passage duodénal. Possibilité de calcul du bas-cholédoque.

- Sphinctéroplastie : repère de la papille par le cystique. Papille très serrée. Oddite. Pas de calcul.

- Cholécystectomie.

- Suites satisfaisantes. Départ au 16e jour.

- Revue le 21.4.1965 et le 31.12.1969 en excellent état.

- Observation n° 25 - Opération le 26.3.1965

- Mademoiselle F..... 57 ans

- Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

- Médiane sus-ombilicale.

- Voie biliaire principale très dilatée, renfermant manifestement plusieurs calculs.

- Intubation du cystique.

- Radio : mauvaises.

- De toute façon : sphinctéroplastie : repère de la papille par le cystique. Extraction de 7 calculs de la voie biliaire principale, dont plusieurs très gros.

- Cholécystectomie.

- Suites immédiates parfaites : départ au 12e jour.

- Malade revue le 9.6.1965. Le 5.1.70, en excellent état.

- Observation n° 26 - Opération le 9.4.1965

- Madame B..... 64 ans

- Cholécystite lithiasique avec grosse voie biliaire principale.

- Médiane sus-ombilicale.

- Le vésicule contient deux gros calculs. La voie biliaire principale est distendue.

- Intubation du cystique.

- Radio : grosse voie biliaire principale. Passage duodénal difficile. Pas de calcul visible.

- Sphinctéroplastie. Papille très basse. Pas de calcul décelable.

- Cholécystectomie.

- Suites parfaites : départ au 11e jour.

- Revue le 14.6.1965 et le 23.12.1969 : rien à signaler.

- Observation n° 27 - Opération le 30.6.1965

- Madame F..... 57 ans

- Cholécystite aiguë.

- Etat inflammatoire considérable de la vésicule et du pédicule hépatique.

- Dissection. Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale dilatée, renfermant 4 à 5 gros calculs dans sa partie inférieure.

- Sphinctéroplastie : repère par le cystique. Ouverture du sphincter. On ne peut extraire les calculs.

- Cholédocotomie sus-duodénale. Extraction de 4 calculs volumineux.

- Mise en place d'un drain de Kehr.

- Cholécystectomie (la vésicule contenait au moins 100 calculs et sa paroi avait en certains points 1 cm d'épaisseur).

- Intervention longue et difficile.

- Suites excellentes. Départ au 20e jour après contrôle par le drain de Kehr et ablation de celui-ci.

- Malade revue le 9.10.1965 et le 18.12.1969, en excellent état.

- Observation n° 28 - Opération le 7.7.1965

- Madame B..... 30 ans

- Cholécystite aiguë grave avec subictère.

- Médiane sus-ombilicale.

- Vésicule ratatinée, pleine de calculs, le col est énorme rempli de boue, état inflammatoire de tout l'arbre biliaire.

- On parvient néanmoins à intuber le cystique.

- Radio : voie biliaire principale dilatée, contenant dans sa partie haute une grosse image opaque, et dans sa partie basse plusieurs images petites et irrégulières. Aucun passage duodénal.

- Cholédocotomie permettant d'extraire du canal hépatique commun un gros bouchon de boue.

- Sphinctéroplastie, par laquelle on enlève d'abondantes concrétions du bas cholédoque.

- Cholécystectomie.

- Drain de Kehr.

- L'intervention est difficile et longue.

- Suites parfaites. Départ le 16e jour après contrôle radiographique et ablation du drain de Kehr.

- Malade revue le 24.8.1965 et le 23.1.1970 en excellent état.

- Observation n° 29 - Opération le 3.9.1965

- Madame B..... 51 ans

- Cholécystite subaiguë.

- Médiane sus ombilicale.

- Un calcul bloqué dans le cystique contre la voie biliaire principale. Ablation de ce calcul.

- Intubation du cystique.

- Radio : sur un cliché on trouve une image anormale du bas cholédoque.

- Sphinctéroplastie. Pas de calcul retrouvé.

- Cholécystectomie.

- Suites simples : départ au 14e jour.

- Malade revue le 18.11.1965 et le 18.12.1969 en très bon état.

- Observation n° 30 - Opération le 24.11.1965

- Monsieur C..... 61 ans

- Lithiase biliaire avec ictère récidivant.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule petite formant un bloc avec la voie biliaire principale. Elle est disséquée d'avant en arrière et enlevée. Elle contenait du pus et un gros calcul.

- Exposition de la face antérieure de la voie biliaire principale qui était marquée par une coque inflammatoire épaisse.

- Intubation du cholédoque.

- Radio : la voie biliaire principale a un aspect rigide. Pas d'image de calcul. Mais la terminaison du cholédoque ne semble pas absolument normale.

- Cholédocotomie.

- Sphinctéroplastie. Le cathéter passé par le cholédoque ne franchit pas la papille qui est serrée. La sphinctéroplastie est gênée par des replis importants de la muqueuse duodénale.

- Drain de Kehr de sécurité.

- Suites satisfaisantes. Départ le 19e jour.

- Malade revu le 23.2.1966, le 17.5.1966 et le 16.12.1969 parfait.

- Observation n° 31 - Opération le 9.2.1966

- Madame V..... 22 ans

- Cholécystite lithiasique avec vésicule exclue.

- Trans rectale droite.

- Le cystique et la voie biliaire principale sont distendus.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale un peu dilatée avec deux images rondes, une à la partie moyenne, l'autre à la partie basse du cholédoque.

- Sphinctéroplastie : repère de la papille par le cystique. On ne retrouve pas de calcul.

- Cholécystectomie (12 calculs).

- Suites simples. Départ au 11e jour.

- Malade revue le 25.4.1966, le 5.6. 1967 et le 17.12.1969 en excellent état.

- Observation n° 32 - Opération le 21.2.1966

- Madame C.... 66 ans

- Ictère.

- Trans rectale droite.

- Vésicule ratatinée sur de nombreux calculs. Etat inflammatoire, pas de cystique.

- Cholécystectomie.

- Intubation de la voie biliaire principale.

- Radio : voie biliaire principale dilatée. Terminaison effilée. Image ronde du bas cholédoque.

- Cholédocotomie. Un cathéter frotte contre un calcul.

- Sphinctéroplastie : extraction du calcul.

- Petit drain de Kehr à cause de l'état inflammatoire.

- Suites satisfaisantes, sortie le 18e jour, après contrôle par le drain de Kehr et ablation de celui-ci.

- Malade revue le 14.5.1966, le 5.7.1967 le 24.9.1968 et le 17.12.1969 en très bon état.

- Observation n° 33 - Opération le 6.4.1966

- Madame C.... 51 ans

- Lithiase biliaire. Plusieurs crises avec ictère. Vésicule exclue. Voie biliaire principale augmentée de volume à la radio. Obésité.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule ratatinée sur un bloc de calculs. Voie biliaire principale dilatée, avec un cholédoque qui semble très court.

- Dissection et intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale dilatée. Cholédoque court, terminé d'une façon effilée et laissant mal passer le produit de contraste.

- Ouverture du canal hépatique commun, le repère de la papille par le cystique étant impossible.

- Sphinctéroplastie : le cathéter ne franchissant pas la papille.

- Drain de Kehr.

- Cholécystectomie (environ 50 calculs).

- Contrôle radiographique par le drain de Kehr.

- Intervention longue et difficile.

- Départ au 28 e jour, après contrôle par le drain de Kehr et ablation.

- Malade revue le 3.6.66, le 4.8.69 et opérée le 12.8.1969 d'une gastrectomie pour un ulcère suspect de la petite courbure qui était connu avant l'intervention du 6.4.1966.

- Observation n° 34 - Opération le 3.6.1966

- Madame J.J..... 22 ans

- Ictère par rétention.

- Médiane sus ombilicale.

- Voie biliaire principale très dilatée contenant un gros calcul perçu dans l'ampoule de Vater.

- 1ère partie de l'intervention :

- Dissection du cystique qui est très gros.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale très dilatée et image de calcul du bas cholédoque.

- On peut faire remonter le calcul et l'extraire par une ouverture du canal hépatique commun. Ce calcul avait la taille d'une olive.

- Cholécystectomie (pas de calcul).

- Drain de Kehr dans le canal hépatique.

- Radio de contrôle, aucun passage duodénal.

- 2e partie : sphinctéroplastie :

- Réouverture de l'hépatique et ablation du drain de Kehr.

- Passage d'un béniqué pour repérer la papille.

- Duodénotomie transversale.

- La papille est très serrée, non franchie par le béniqué.

- Sphinctéroplastie large.

- Remise en place d'un drain de Kehr dans le canal hépatique.

- Lavage.

- Fermeture de la duodénotomie.

- Suites :

- Immédiates, satisfaisantes. Départ au 19e jour.

- Malade revue le 17.8.1966 et le 19.12.1969 en excellent état.

- Observation n° 35 - Opération le 27.7.1966

- Monsieur G.... 57 ans

- Ictère il y a un mois.

- Trans rectale droite.

- Vésicule collée. Voie biliaire principale très dilatée.

- Intubation du cystique.

- Radio : pas d'image de calcul, mais aucun passage duodénal. Oddite ?

- Sphinctéroplastie. Repère de la papille par le cystique. Ouverture large sur le cathéter. Pas de calcul.

- Cholécystectomie.

- Suites immédiates simples. Départ au 12e jour.

- Revu le 6.10.1966 et le 16.12.1969 en excellent état.

- Observation n° 36 - Opération le 23.8.1966

- Madame G.... 38 ans

- Lithiase vésiculaire avec suspicion sur le cholédoque.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule très tendue qu'on ponctionne (multiples calculs).

- Intubation du cystique.

- Radio : bas cholédoque en queue de radis sans aucun passage duodénal.

- Sphinctéroplastie facile et large avec affrontement des deux muqueuses, exploration négative de la voie biliaire principale de bas en haut.

- Cholécystectomie.

- Suites immédiates simples. Départ au 13e jour.

- Malade revue le 8.11.1966 en excellent état. Mais le 6.6.69, elle sera opérée une deuxième fois pour un calcul restant. Observation n° 59.

- Observation n° 37 - Opération le 29.10.1966

- Madame B..... 30 ans

- Cholécystite lithiasique avec calculs du cholédoque (on pense qu'il y en a deux ou trois à la radio).

- Para-médiane droite.

- Vésicule tendue qu'on ponctionne et qui contient de nombreux calculs. Voie biliaire principale très dilatée.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale distendue. Aucun passage duodénal, image de calcul dans le bas cholédoque.

- Ouverture de la voie biliaire principale à cheval sur l'hépatique et le cholédoque, par laquelle on ne peut ramener de calculs.

- Sphinctéroplastie permettant d'extraire aussitôt un calcul et de contrôler qu'il n'en existe pas d'autre.

- Cholécystectomie.

- Petit drain de Kehr.

- Suites simples. Départ au 17e jour.

- Malade revue le 20.1.67, le 29.3.68 et le 18.12.69 en excellent état.

- Observation n° 38 - Opération le 4.1.1967

- Madame B.... 65 ans

- Lithiase biliaire.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule bourrée de petits calculs.

- Intubation du cystique.

- Radio : grosse voie biliaire principale avec impression de calcul à la terminaison.

- Sphinctéroplastie ne ramenant aucun calcul.

- Cholécystectomie.

- Suites immédiates simples : départ au 12e jour.

- Malade revue le 18.12.1969, en excellent état.

- Observation n° 39 - Opération le 6.1.1967

- Madame R... 34 ans

- Lithiase biliaire avec calculs du cholédoque (3 à 4 visibles dans une voie biliaire principale dilatée).

- Médiane sus ombilicale.

- La vésicule contient de gros calculs. La voie biliaire principale est volumineuse.

- Intubation du cystique.

- Radio : deux ou trois images de calculs. Dilatation de l'ensemble. Rétrécissement inférieur. Pas de passage duodénal.

- Extraction de deux calculs par le cystique.

- Nouvelle radio : persistance d'une image bas située.

- Sphinctéroplastie. Malgré elle, l'extraction du calcul restant est difficile. Elle sera finalement, comme celle des deux premiers calculs, pratiquée par le cystique.

- Nouveaux clichés : plus d'image de calcul.

- Cholécystectomie (paroi épaissie, nombreux calculs).

- Suites simples. Départ au 11e jour.

- Malade revue le 30.3.67, et le 31.13.1969 en excellent état.

- Observation n° 40 - Opération le 25.1.1967

- Monsieur T.... 51 ans

- Diagnostic d'appendicite aiguë, avec douleur très nette dans la fosse iliaque droite chez un homme qui a déjà été opéré d'une occlusion par médiane.

- Jalaguier. Appendice sain. Vésicule manifestement malade. Agrandissement du Jalaguier.

- Vésicule très grosse et très inflammatoire. Ponction. Elle contient de nombreux calculs.

- Cholécystectomie.

- Radio par le cystique : belle image à concavité inférieure du bas cholédoque. Pas de passage duodénal.

- En passant le cathéter par le cystique, une première tentative de repère de la papille est infructueuse, car, après duodénotomie longitudinale, l'extrémité du cathéter reste invisible, et la papille ne peut être retrouvée, même en injectant du liquide par le cystique.

- Après cholédocotomie un cathéter plus fin peut être passé et franchir la papille.

- On pratique alors une sphinctéroplastie qui permet l'élimination d'une importante concrétion biliaire qui bouchait le passage. L'accolement habituel des deux muqueuses n'est pas réalisé. Le contrôle de bas en haut de la voie biliaire principale montre sa liberté.

- Mise en place d'un petit drain de Kehr, et lavage avant de fermer le duodénum.

- Suites simples. Contrôle radiographique le 8.2. par le drain de Kehr. Ablation. Sortie au 17e jour.

- Malade revu le 13.4.67 et le 17.10.67 en très bon état. Le 27.10.67 il est opéré d'une hernie inguinale droite. Il est revu le 15.1.1970 en excellent état. Il reste à traiter une éventration, petite, sur la médiane sus pubienne qui avait été pratiquée ailleurs pour occlusion.

- Observation n° 41 - Opération le 28.2.1967

- Madame C.... 68 ans

- Lithiase biliaire avec gros cholédoque.

- Médiane sus ombilicale.

- La vésicule contient plusieurs gros calculs. La voie biliaire principale est très distendue sans rien de perceptible.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale très grosse dans sa partie haute, coudée et rétrécie dans sa partie inférieure avec un mauvais passage duodénal, sans image de calcul.

- Sphinctéroplastie, pas de calcul.

- Cholécystectomie.

- Suites simples. Sortie au 13e jour.

- Revue le 8.4.67 en bon état.

- Observation n° 42 - Opération le 2.3.1967

- Madame M.... 46 ans

- Cholécystite lithiasique.

- Trans rectale droite.

- La vésicule contient de nombreux calculs. La voie biliaire principale est distendue.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale distendue dans sa partie supérieure, non impregnée au dessous de la canule.

- Sphinctéroplastie permettant d'extraire un gros calcul de l'ampoule de Vater.

- Cholécystectomie.

- Suites immédiates simples. Sortie au 11e jour.

- Malade revue le 22.5.67 en très bon état.

- Observation n° 43 - Opération le 26.5.1967

- Madame G.... 73 ans

- Cholécystite lithiasique, plus ictère. Antécédents d'infarctus du myocarde.

- Trans rectale droite.

- Vésicule scléro atrophique bourrée de calculs, état inflammatoire considérable des voies biliaires.

- Dissection difficile d'un cystique court, collé à la voie biliaire principale. Intubation.

- Radio : voie biliaire principale dilatée. Pas de calcul visible. Terminaison en cul de sac du cholédoque.

- L'exploration instrumentale du bas cholédoque montre qu'aucun passage n'est possible.

- Tentative de sphinctérotomie non satisfaisante. Il existe au niveau du bas cholédoque un bloc pancréatique qui doit correspondre à une inflammation pancréatique, mais au sein de laquelle il peut exister un calcul.

- Cholédocotomie (paroi très épaisse). Par cette voie pas plus que par le cystique, on ne peut franchir le bas cholédoque.

- Dès lors, fermeture du 2e duodénum.

- Puis anastomose cholédoco-duodénale sur D1.

- Cholécystectomie rétrograde (30 calculs).

- Intervention difficile, longue (3 heures).

- Suites excellentes. Sortie le 17e jour.

- Malade revue le 11.7.67, le 20.8.68, et le 17.12.69, en très bon état.

- Observation n° 44 - Opération le 1.8.1967

- Madame M.... 38 ans

- Cholécystite subaiguë lithiasique.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule tendue, bourrée de calculs, avec état inflammatoire important propagé à la voie biliaire principale.

- Dissection. Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale un peu dilatée. Deux belles images de calcul dans la partie inférieure.

- Sphinctéroplastie. Extraction de deux calculs.

- Cholécystectomie.

- Suite simples. Départ au 11e jour.

- Malade revue le 12.10.67 en très bon état.

- Observation n° 45 - Opération le 5.8.1967

- Madame M.... 22 ans

- Lithiase biliaire avec ictère.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule tendue, très épaisse. Ponction.

- Intubation du cystique.

- Radio : arrêt complet à la partie moyenne de la voie biliaire principale, à un endroit où on perçoit deux gros ganglions.

- L'explorateur franchit facilement cette partie de la voie biliaire principale, mais il existe dans l'ampoule de Vater un gros calcul qui est bloqué, et qu'on ne peut faire remonter.

- Sphinctéroplastie. La papille saille au dessous du calcul qu'on extrait.

- Petite cholédocotomie pour mise en place d'un drain de Kehr à cause de l'état inflammatoire de la voie biliaire principale.

- Cholécystectomie : vésicule à paroi très épaisse mais sans calcul.

- Suites simples. Contrôle par le drain de Kehr. Sortie au 16e jour.

- Malade revue le 25.10.67 en très bon état.

- Observation n° 46 - Opération le 19.8.1967

- Madame G... 72 ans

- Cholécystite lithiasique, ictère; obésité.

- Médiane sus ombilicale.

- Voie biliaire principale très dilatée, contenant manifestement des calculs.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale très grosse. Trois images de calculs. Pas de passage duodénal, sans image de calcul bas situé.

- Cholécystectomie (1 gros calcul).

- Cholédocotomie : extraction facile des 3 calculs.

- Exploration instrumentale : la voie biliaire principale haute est libre, le bas cholédoque ne laisse pas passer le cathéter.

- Sphinctéroplastie et contrôle du bas cholédoque.

- Drain de Kehr de sécurité.

- Suites immédiates. Contrôle par le drain le 30.8. Sortie le 12.9.67 donc au 23e jour.

- Malade revue le 17.11.67 et le 15.12.69 en très bon état.

- Observation n° 47 - Opération le 3.11.1967

- Madame B.... 52 ans

- Lithiase biliaire, vésiculaire.

- Médiane sus ombilicale.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale légèrement dilatée, avec terminaison effilée.

- Sphinctéroplastie. Pas de calcul.

- Cholécystectomie (2 gros calculs).

- Suites simples. Sortie le 11e jour.

- Malade revue le 12.1.1968 et le 20.12.1969 en excellent état.

- Observation n° 48 - Opération le 29.12.1967

- Monsieur L..... 72 ans.

- Cholécystite lithiasique avec suspicion de lithiase cholédocienne.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule scléro atrophique ratatinée sur un gros calcul. Voie biliaire principale augmentée de volume.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale dilatée, pas de passage duodénal, image plus claire dans le bas cholédoque.

- Sphinctéroplastie. Le cathéter, passé par le cystique, ne franchissait pas la papille. Plusieurs concrétions biliaires ont été extraites. Lavage.

- Cholécystectomie.

- Suites simples. Sortie le 14e jour.

- Revue le 5.3.68 et le 19.12.69, en excellent état.

- Observation n° 49 - Opération le 5.1.1968

- Mademoiselle N.... 30 ans

- Lithiase vésiculaire avec suspicion d'atteinte de la voie biliaire principale.

- Médiane sus ombilicale.

- Voie biliaire principale très dilatée.

- Intubation du cystique, volumineux et collé contre la voie biliaire principale.

- Radio : dilatation. Pas d'image de calcul. Mais pas de passage duodénal.

- Sphinctéroplastie. Pas de calcul. Lavage.

- Cholécystectomie (nombreux gros calculs).

- Suites simples. Départ au 12e jour.

- Revue le 18.3.68, et le 15.12.69. Bien dans l'ensemble, malgré quelques signes fonctionnels sans précision.

- Observation n° 50 - Opération le 20.1.68

- Madame D.... 60 ans

- Lithiase biliaire chez une obèse.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule collée, libération.

- Dissection. Intubation du cystique.

- Radio : dilatation modérée de la voie biliaire principale. Pas d'image de calcul. Aucun passage duodénal.

- Sphinctéroplastie : le cathéter passé par le cystique pour repérer la papille n'a franchi celle-ci que difficilement. Lavage après la sphinctéroplastie, pas de calcul.

- Cholécystectomie.

- Suites simples. Sortie le 17e jour.

- Revue le 17.4.68 et le 15.1.70 en très bon état.

- Observation n° 51 - Opération le 3.4.1968

- Madame V... 51 ans

- Lithiase biliaire avec calculs du cholédoque.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule petite.

- Intubation du cystique.

- Radio : trois belles images de calcul dans la partie basse du cholédoque.

- On parvient à faire remonter ces calculs et à les extraire par le cystique.

- Sphinctéroplastie, compte tenu de la friabilité de ces calculs.

- Cholécystectomie.

- Suites simples. Départ le 13e jour.

- Malade revue le 28.6.68 en excellent état.

- Observation n° 52 - Opération le 27.4.68

- Monsieur P.... 53 ans

- Calcul du cholédoque.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule distendue. Ponction. Voie biliaire principale modérément dilatée.

- Intubation du cystique.

- Radio : absence d'imprégnation du canal hépatique gauche par un calcul visible à l'origine de ce canal.

- Cholécystectomie (pas de calcul).

- Incision de la voie biliaire principale à cheval sur l'hépatique et le cholédoque. Extraction du calcul à la pince de Mirizzi. Il est très friable et ne semble pas absolument entier. L'exploration vers le bas est négative.

- Mise en place d'un drain de Kehr.

- Nouvelles radios : le canal hépatique gauche est facilement imprégné, mais il persiste à sa terminaison une petite encoche.

- Réouverture de la voie biliaire principale et ablation des quelques débris boueux qui restaient.

- Sphinctéroplastie de sécurité et lavage après remise en place du drain de Kehr.

- Suites satisfaisantes. Départ au 18e jour.

- Revue le 16.7.1968 et le 19.12.1969 en excellent état. Mais il existe une éventration.

- Observation n° 53 - Opération le 17.5.68

- Madame M.... 56 ans

- Cholécystite lithiasique.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule tendue, ponction, nombreux calculs.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale un peu dilatée. Pas de calcul visible. Passage duodénal médiocre.

- Sphinctéroplastie de sécurité.

- Cholécystectomie (multiples calculs gros et petits).

- Suites simples. Départ au 13e jour.

- Revue le 30.7.68 et le 13.1.70 en excellent état.

- Observation n° 54 - Opération le 20.6.1968

- Madame V... 63 ans

- Vésicule exclue. Obésité.

- Médiane sus ombilicale.

- La région sous hépatique est complètement bloquée. La vésicule adhère intimement au duodénum et à l'antre pylorique, qui lors de la dissection, sera ouverte sur 1/2 cm très facile à suturer.

- Dissection et intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale dilatée. Pas de passage duodénal.

- Sphinctéroplastie facile.

- Cholécystectomie (un gros calcul).

- Suites simples. Départ le 16e jour.

- Malade revue le 30.8.68 et le 20.1.70 en excellent état.

- Observation n° 55 - Opération le 16.10.1968

- Madame V.... 61 ans

- Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule scléro-atrophique. Voie biliaire principale très dilatée.

- Intubation du cystique.

- Radio : pas de passage duodénal. Plusieurs images de calculs.

- Sphinctéroplastie avec repère de la papille par le cystique. Extraction de plusieurs calculs friables, dont un était dans le canal hépatique gauche. Lavage.

- Cholécystectomie (un calcul).

- Suites simples. Départ le 14e jour.

- Malade revue le 23.1.69 et le 2.12.69 en excellent état.

- Observation n° 56 - Opération le 4.12.1968

- Madame A.... 63 ans

- Lithiase de la voie biliaire principale.

-Médiane sus ombilicale.

- Vésicule tendue. Ponction. Voie biliaire principale très distendue.

- Intubation d'un gros cystique, dont l'ouverture laisse passer de petites concrétions biliaires.

- Radio : grosse voie biliaire principale, pas de passage duodénal, pas d'image nette de calcul.

- Sphinctérotomie permettant de ramener un amas de concrétions.

- Cholécystectomie.

- Suites simples. Sortie le 12e jour.

- Revue le 21.2.69 et le 18.12.69 en excellent état.

- Observation n° 57 - Opération le 25.2.1969

- Madame B.... 75 ans

- Lithiase biliaire très ancienne avec vésicule exclue.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule tendue qu'on vide. Nombreuses adhérences qu'on libère. Un gros calcul dans le col. Gros cystique et voie biliaire principale distendue.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale dilatée. Image claire dans le canal hépatique droit. Cystique accolé à la voie biliaire principale en canon de fusil. Aucun passage duodénal.

- Sphinctéroplastie : la papille n'était pas franchie par le cathéter. Extraction du calcul (un petit pois).

- Cholécystectomie.

- Suites simples. Sortie au 14e jour.

- Observation n° 58 - Opération le 23.5.1969

- Madame J.... 45 ans

- Malade opérée le 31.1.1963 d'une cholécystite lithiasique. La radio avait montré une image suspecte du bas cholédoque. La cholédocotomie n'avait rien ramené.

- Para médiane droite itérative.

- Exposition de la voie biliaire principale.

- Cholédocotomie : extraction de deux amas de concrétions biliaires.

- Sphinctéroplastie avec contrôle de la liberté de la voie biliaire principale.

- Fermeture de la cholédocotomie.

- Suites satisfaisantes. Départ au 14e jour.

- Revue le 19.8.1969 en bon état.

- Observation n° 59 - Opération le 6.6.1969

- Madame G.... 40 ans

- Malade opérée le 23.8.1966 et ayant déjà subi une sphinctéroplastie au cours de laquelle on n'avait pas trouvé de calcul : observation 36. Douleurs cholédociennes avec belle image de calcul du bas cholédoque à la radio pré opératoire en Mai 1969.

- Médiane itérative.

- Dissection de la voie biliaire principale qui est très distendue, mais dans laquelle on ne perçoit pas de corps étranger.

- Cholédocotomie. L'exploration vers le haut et vers le bas ne montre absolument rien.

- Duodénotomie transversale. La papille apparaît assez béante et on ne retrouve aucun calcul. Le valcul visible sur les radios pré-opératoires a donc dû passer. On agrandit la sphinctéroplastie. L'exploration de bas en haut est aussi négative que l'exploration du haut en bas.

- Fermeture de la cholédocotomie.

- Suites simples. Sortie le 14e jour.

- Revue le 7.8.69 et le 18.12.69 en excellent état.

- Observation n° 60 - Opération le 11.6.1969

- Madame J..... 67 ans

- Enorme calcul de la vésicule.

- Médiane sus ombilicale.

- Voie biliaire principale augmentée de volume.

- Intubation du cystique.

- Radio : image manifeste de calcul de la voie biliaire principale.

- Cholécystectomie.

- Sphinctéroplastie : extraction du calcul.

- Suites simples : sortie le 12e jour.

- Revue le 25.8.1969 en excellent état.

- Observation n° 61 - Opération le 2.7.69

- Madame G..... 34 ans

- Lithiase vésiculaire à multiples calculs.

- Médiane sus ombilicale.

- La vésicule n'est que calculs. Voie biliaire principale distendue.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale dilatée, partie inférieure effilée, passage duodénale médiocre, pas de calcul visible.

- Sphinctéroplastie. Pas de calcul décelable.

- Cholécystectomie (180 calculs).

- Suites simples. Sortie le 13e jour.

- Revue le 13.10.69 rien à signaler.

- Observation n° 62 - Opération le 25.10.1969

- Monsieur M.... 41 ans

- Lithiase vésiculaire avec poussée aigue et subictère.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule collée. Pleine de calculs. Gros cystique contenant un calcul.

- Intubation du cystique entre la voie biliaire principale et le calcul contenu.

- Radio : voie biliaire principale non dilatée, mais aucun passage duodénal. Il semble exister un petit calcul dans l'ampoule de Vater.

- Cholécystectomie.

- Cholédocotomie exploratrice négative.

- Sphinctéroplastie qui ne ramène rien.

- Drain de Kehr dans le cholédoque. Lavage.

- Suites simples. Sortie le 23e jour.

- Revu le 16.1.70 parfait.

- Observation n° 63 - Opération le 21.11.69

- Madame R.... 38 ans

- Lithiase biliaire avec vésicule exclue et suspicion d'atteinte de la voie biliaire principale.

- Médiane sus ombilicale.

- Vésicule très tendue. Ponction. Elle apparaît alors bourrée de calculs.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale légèrement dilatée. Sa portion terminale apparaît légèrement rétrécie. Pas de corps étrangers visibles.

- Sphinctéroplastie de sécurité avec repère de la papille par le cystique et contrôle négatif.

- Cholécystectomie (40 calculs).

- Suites simples. Départ le 13e jour.

- Revue le 31.1.70, rien à signaler.

- Observation n° 64 - Opération le 25.11.1969

- Madame P.... 34 ans

- Lithiase vésiculaire à multiples petits calculs et douleurs importantes à répétition.

- Médiane sus ombilicale.

- Intubation du cystique.

- Radio : voie biliaire principale un peu distendue. Pas de calcul visible. Passage duodénal médiocre. Portion inférieure du cholédoque rétrécie.

- Sphinctéroplastie de sécurité.

- Cholécystectomie.

- Suites simples. Départ au 11e jour.

- Malade revue le 10.2.70 en très bon état.

oOo

Troisième Chapitre

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Nous voulons essayer, dans ce chapitre, de tirer le maximum de renseignements et d'en faire la synthèse, des 64 observations qui ont été précédemment exposées.

I - REPARTITION DES DIFFERENTS TYPES D'INTERVENTION POUR LITHIASE.

De 1963 à 1969, le Docteur PEPIN a pratiqué 267 interventions sur les voies biliaires pour lithiase, dont 64 comportant une sphinctéroplastie, ce qui représente une proportion de 24 %.

En voici la répartition année par année.

- En 1963 sur 42 interventions pour lithiase, il y a eu :

  - 26 cholécystectomies simples,
  - 2 avec cholédocotomie "idéale",
  - 1 avec cholédocotomie suivie d'un drain de Kehr,
  - 13 avec sphinctéroplastie (isolée ou non, nous y reviendrons).

- En 1964 sur 30 interventions il y a eu :

  - 20 cholécystectomie simples,
  - 3 avec cholédocotomie et drain de Kehr,
  - 10 avec sphinctéroplastie.

- En 1965 31 interventions se répartissent en :

  - 24 cholécystectomies
  - 7 avec sphinctéroplastie.

- En 1966 35 interventions pour lithiase comportent :

  - 27 cholécystectomies,
  - 1 avec cholédocotomie plus drain de Kehr,
  - 7 avec sphinctéroplastie.

- En 1967, 42 interventions dont :

  - 26 cholécystectomies,
  - 2 avec cholédocotomie plus drain de Kehr,
  - 2 avec anastomose cholédoco-duodénale,
  - 1 avec anastomose entre la voie biliaire principale et une anse jéjunale en Y.
  - 11 avec sphinctéroplastie.

- En 1968 - 49 interventions dont :

  - 35 cholécystectomies,
  - 3 avec cholédocotomie plus drain de Kehr,
  - 1 avec anastomose cholédoco-duodénale,
  - 2 avec anastomose entre la voie biliaire principale et une anse jéjunale en Y.
  - 8 avec sphinctéroplastie.

- En 1969 - 38 interventions pour lithiase dont :

  - 20 cholécystectomies,
  - 6 avec cholédocotomie et drain de Kehr,
  - 3 avec anastomose cholédoco-duodénale,
  - 1 avec anastomose entre la voie biliaire principale et une anse jéjunale en Y.
  - 8 avec sphinctéroplastie (toujours isolée ou non, nous y reviendrons).

Il semble donc, que,au fur et à mesure des années, le choix des différents types d'interventions ait été plus étoffé. Il est probable que la lecture des faits publiés dans la littérature soit intervenue pour expliquer ce choix, et ceci malgré les bons résultats procurés par les interventions comportant une sphinctéroplastie.

II - DONNEES GENERALES CONCERNANT LES INTERVENTIONS COMPORTANT UNE SPHINCTEROPLASTIE.

1 - Sexe :

- 54 femmes
- 10 hommes

2 - Age :

- De 20 à 29 ans : 6 cas
- De 30 à 39 ans : 13 cas
- De 40 à 49 ans : 8 cas
- De 50 à 59 ans : 14 cas
- De 60 à 69 ans : 14 cas
- de 70 ans à 80 ans : 9 cas.

- L'âge minimum a été de 22 ans, dans les observations n° 31, 34 et 45. Dans les deux dernières, il s'agissait de calculs isolés de l'ampoule de Vater.

- L'âge maximum a été 80 ans, dans l'observation n°8, qui est très intéressante car c'est la sphinctéroplastie, pratiquée un mois après une première intervention ayant comporté cholédocotomie et drain de Kehr, qui a permis d'extraire 3 calculs du bas cholédoque, de fermer la cholédocotomie, et peut être de revoir ce malade à 87 ans, en décembre 1969.

3 - Voie d'abord :

- 35 interventions ont été faites par médiane sus ombilicale.
- 20 par incision para médiane droite.
- 8 par incision trans-rectale droite.
- 1 par Jalaguier agrandi vers le haut : observation n° 40.

Il s'agissait, bien entendu,d'une erreur de diagnostic chez un homme qui avait déjà été opéré pour occlusion par médiane, et donc la vésicule, en poussée aigue, contenait de nombreux calculs, tandis qu'une importante concrétion biliaire bouchait le bas cholédoque.

- Dans les premières années, il a surtout été pratiqué des para médianes droites.

- Dans les dernières années l'incision médiane a repris le dessus.

- La seule éventration observée, celle de l'observation n°52 est survenue à la suite d'une médiane sus ombilicale.

III - INDICATIONS DE LA SPHINCTEROPLASTIE

Le choix de telle ou telle technique, isolée ou associée à une autre, en chirurgie de la lithiase biliaire, dépend d'un certain nombre de facteurs qui, rassemblés, permettent de prendre la décision qui semble la meilleure :

1 - La clinique, qui associée à la radiologie pré-opératoire per met de porter, avant l'intervention, un diagnostic de certitude, ou parfois de présomption, en particulier sur l'état de la voie biliaire principale.

2 - Le temps per-opératoire d'examen de l'état des lieux et surtout de radiologie. A ce sujet la lecture des observations a permis de constater que seule la radiographie per-opératoire a été pratiquée, sans manométrie ou autre méthode d'exploration. Il semble en effet que la radiographie per opératoire soit, en définitive, le seul examen qui puisse apporter des renseignements précis permettant de déceler les lésions de la voie biliaire principale et de prendre une décision. On y reviendra dans le 5e chapitre, consacré à la technique.

Ceci dit, les 64 observations de sphinctéroplastie peuvent être réparties en 3 groupes d'indication.

A - Lithiase de la voie biliaire principale : 32 cas qui se séparent eux mêmes en 5 sous titres :

1 - Calculs isolés dans le bas cholédoque ou dans l'ampoule de Vater : 14 cas, dans lesquels la technique n'a pas été univoque.

1) - Dans 6 cas le ou les calculs ont été extraits par sphinctéroplastie isolée :

- observation 4 : 2 petits calculs,
- observation 9 : 1 gros calcul
- observation 15 : 2 petits calculs,
- observation 42 : 1 gros calcul,
- observation 44 : 2 calculs, état inflammatoire important de la vésicule et de la voie biliaire principale,
- observation 48 : concrétions biliaires.

2) - Dans 1 cas les calculs ont été extraits par le cystique et 15 phinctéroplastie néanmoins pratiquée :

Observation 51 : 3 calculs ont pu être remontés du bas cholédoque et extraits par le cystique. La sphinctéroplastie a été pratiquée à cause de la friabilité de 5 calculs et de la peur d'en avoir laissé des fragments.

3) - Dans un cas la sphinctéroplastie fut réalisée devant l'impossibilité d'extraire le calcul par une cholédocotomie qui fut refermée sans drainage:

Observation 10 : le calcul avait la forme d'un gros noyau d'olive qui devait être logé dans un diverticule.

4) - Enfin dans 6 cas il y eut en même temps sphinctéroplastie, ouverture et drainage de la voie biliaire principale par drain de Kehr, mais pour des raisons pas toutes identiques :

a) - Dans 2 cas le schéma fut le suivant : ouverture de la voie biliaire principale - impossibilité d'extraire le calcul de l'ampoule de Vater - sphinctéroplastie y parvenant - petit drain de Kehr de sécurité.

Observation 32 où il existait un état inflammatoire assez important.

Observation 37.

b) - Dans un cas, observation 40, la duodénotomie ayant été pratiquée, et la papille ne pouvant être repérée par le cathéter ou du sérum passées par le cystique, une cholédocotomie fut pratiquée qui permit le repère de la papille et la pratique d'une sphinctéroplastie permettant l'extraction d'un bouchon de concrétions biliaires; après quoi un drain de Kehr fut mis en place car il existait d'importantes lésions inflammatoires, et l'intervention avait été difficile.

c) - Dans l'observation 45, la sphinctéroplastie première avait permis d'extraire un gros calcul de l'ampoule de Vater. Une petite cholédocotomie fut ensuite pratiquée pour y placer un drain de Kehr à cause de lésions inflammatoires.

d) - Dans l'observation 34, un gros calcul avait pu être remonté à partir de l'ampoule de Vater et extrait par incision du canal hépatique commun, mais le contrôle radiographique n'ayant montré aucun passage duodénal, une sphinctéroplastie fut pratiquée, et un drain de Kehr mis en place dans la voie biliaire principale.

e) - Enfin dans l'observation n° 13, la sphinctéroplastie se révéla inefficace pour l'extraction d'un gros calcul bloquant le bas cholédoque. Une cholédocotomie large dut être pratiquée qui permit d'enlever le calcul. Un drain de Kehr fut mis en place.

2 - Calculs de l'ampoule de Vater ou du bas cholédoque associés à d'autres calculs de la voie biliaire principale :

3 cas, 3 techniques différentes :

1 - Observation 39 - sphinctéroplastie isolée,

2 - Observation 2 - cholédocotomie puis sphinctéroplastie et fermeture de la voie biliaire principale,

3 - Observation 28 - Cholécystite aiguë grave, cholédocotomie permettant d'extraire du canal hépatique commun un gros bouchon de

de boue, sphinctéroplastie par laquelle on enlève d'abondantes concrétions du bas cholédoque, drain de Kehr.

3 - Calculs de la portion libre de la voie biliaire principale :

10 cas se répartissent, là encore, en trois groupes :

1) - Sphinctéroplastie isolée, 5 cas :

- observation 18 : quantité importante de calculins et de boue extraite de la voie biliaire principale,

- observation 55 : plusieurs calculs dont un dans le canal hépatique gauche.

- observation 56 : amas de concrétions de la voie biliaire principale.

- observation 57 : calcul du canal hépatique droit.

- observation 60.

2) - Cholédocotomie et sphinctéroplastie, sans drainage de la voie biliaire principale :

- observation 12 : la malade avait 78 ans. Elle est décédée deux jours après l'intervention.

3) - Enfin dans 4 cas, 3 manoeuvres furent associées:

a) - Cholédocotomie - Sphinctéroplastie - Kehr :

- observation 6
- observation 46
- observation 52.

b) - Une sphinctéroplastie (échec) - cholédocotomie-Kehr

- observation 27.

4 - Empierrements de la voie biliaire principale :

- Dans l'observation n° 21, 35 calculs furent extraits de la voie biliaire principale par ouverture de celle-ci à sa partie moyenne, 1 sphinctéroplastie fut pratiquée, et la voie biliaire principale refermée sans drainage. Les suites furent impeccables, la sortie eut lieu au 14e jour, et la malade revue 5 ans plus tard en excellent état.

- Dans l'observation 25, 7 gros calculs furent extraits de la voie biliaire principale par sphinctéroplastie isolée. Le départ eut lieu au 12e jour et la malade revue au bout de 4 ans.

5 - Calculs restants du cholédoque :

- L'observation 8 est particulièrement intéressante. Mr.D.. 80 ans, présentant une cholécystite aiguë avec ictère subit une cholécystectomie plus cholédocotomie et drain de Kehr, il n'a pu être constaté d'image formelle de calcul, 20 jours plus tard, le contrôle montre 3 calculs flottant dans la partie basse du cholédoque. Le malade est réopéré et les calculs enlevés par sphinctéroplastie. Il est revu à 87 ans en très bon état.

- Dans l'observation 58, une cholédocotomie pratiquée le 31.1.1963 n'avait pas permis de trouver de calcul. La malade fut opérée le 23.5.1969, 2 amas de concrétions biliaires furent extraits par cholédocotomie, une sphinctéroplastie pratiquée, et la cholédocotomie fermée sans drainage.

- Enfin l'observation 59, est, elle aussi, très intéressante. Le 23.8.66, sphinctéroplastie n'ayant pas montré de calcul.

En mai 1969, image pré opératoire de calcul restant du bas cholédoque. Opération le 6.6.1969 : une cholédocotomie ne montre rien. La duodénotomie montre une papille béante, aucun calcul n'est retrouvé malgré l'agrandissement de la sphinctéroplastie. La cholédocotomie est fermée sans drainage. Le calcul a peut être pu franchir la papille avant l'intervention.

Pour résumer ces 32 cas de lithiase de la voie biliaire principale, on peut noter qu'il y eut :

- 14 sphinctéroplasties isolées,

- 6 sphinctéroplasties avec ouverture puis fermeture sans drainage de la voie biliaire principale,

- 12 sphinctéroplasties avec ouverture de la voie biliaire principale et drainage par drain de Kehr.

B - Lithiase vésiculaire avec parfois ictère ou état inflammatoire plus ou moins important + voie biliaire principale dilatée avec terminaison effilée, passage duodénal médiocre, parfois suspicion de calcul de la voie biliaire principale, mais sans calcul retrouvé.

Cette 2e catégorie de faits précis groupe 23 cas.

Peut-on parler d'Oddite ?

Il semble que ce terme soit parfois sujet à l'appréciation de chacun.

Quoi qu'il en soit, ces 23 cas ont été résolus de 4 façons différentes.

1 - Dans 17 cas, une sphinctéroplastie isolée fut pratiquée :

- Dans les observations 14, 16, 17, 20, 26, 31, 41, 47, 49, 53, 61; il n'y a rien de spécial à noter.

- Dans les observations 24, 35, 50, 54, un état inflammatoire plus ou moins important était signalé,

- L'observation n° 36 est celle qui a donné lieu au calcul restant décrit dans l'observation n° 59.

- Dans l'observation 23, le décès est survenu par embolie probable 8 jours après la sortie alors que les suites immédiates avaient été simples.

2 - Dans 3 cas, il y eut en même temps sphinctéroplastie et ouverture de la voie biliaire principale, mais sans drainage.

- Observation 1 et 3.

- Mais surtout observation n° 11, qui est particulièrement démonstrative et mérite d'être relevée. Il existait une importante fistule bilio-biliaire entre la vésicule et le canal hépatique commun. Le départ de la clinique eut lieu au 10e jour.

3 - Dans 2 cas, il y eut sphinctéroplastie + cholédocotomie et drainage :

- Observations 30 et 33.

4 - Enfin dans l'observation 43, intéressant une femme de 73 ans en mauvais état, une anastomose cholédoco-duodénale fut pratiquée, après une sphinctéroplastie non satisfaisante, devant l'existence d'un bloc pancréatique au sein duquel pouvait exister un calcul. La malade opérée le 26.5.67 fut revue en excellent état le 17.12.69

Par conséquent pour résumer ce deuxième groupe de lésions, notons qu'il donna lieu à :

- 17 sphinctéroplasties isolées,

- 3 sphinctéroplasties avec ouverture puis fermeture sans drainage de la voie biliaire principale,

- 2 sphinctéroplasties avec ouverture de la voie biliaire principale et drainage par drain de Kehr,

- 1 sphinctéroplastie avec anastomose cholédoco-duodénale.

C - Lithiase vésiculaire + suspicion sur la voie biliaire principale qui, à la radiographie, se révèle légèrement dilatée, ou présente des images douteuses, mais sans qu'aucun calcul ne soit retrouvé.

Cette dernière catégorie de faits groupe 9 cas, au sein desquels :

1 - Une sphinctéroplastie isolée fut pratiquée dans 8 cas :

- observations 5, 7, 19, 38, 63, 64, sans rien de notable,
- et observations 22 et 29 où des phénomènes inflammatoires ont été notés.

2 - Tandis que dans l'observation 62, où était signalée une poussée aiguë avec subictère, la sphinctéroplastie fut associée à une cholédocotomie suivie d'un drain de Kehr.

Voici donc classés les 64 cas.

Ils groupent :

- 39 sphinctéroplasties isolées,

- 9 sphinctéroplasties associées à une ouverture de la voie biliaire principale, mais sans drainage de celle-ci.

- 15 sphinctéroplasties associées à une ouverture de la voie biliaire principale suivies de la mise en place d'un drain de Kehr,
- 1 sphinctéroplastie associée à une anastomose cholédoco-duodénale.

IV - SUITES IMMEDIATES DE LA SPHINCTEROPLASTIE

A - De l'analyse de ces 64 observations, 2 complications doivent être retenues :

1 - Un décès au 2e jour - observation 12 :

La sphinctéroplastie a évidemment allongé la durée de l'intervention. On aurait pu s'en passer.

2 - Un décès huit jours après la sortie de clinique - observation 23 - La malade était sortie au 10e jour d'hospitalisation en excellent état. Elle meurt brutalement 8 jours après d'embolie pulmonaire vraisemblablement d'après le médecin traitant. La malade n'était pas sous anticoagulant.

B - Durée du séjour :

Nous l'analysons en fonction des différents types d'interventions.

1 - Dans 39 sphinctéroplasties isolées aucun décès d'hospitalisation n'a été observé, mais un décès huit jours après la sortie (voir ci-dessus obs. 23).

Durée moyenne d'hospitalisation 12,5 jours.

La répartition des durées d'hospitalisation est de :

- 1 fois 9 jours,
- 5 fois 10 jours,
- 10 fois 11 jours,
- 8 fois 12 jours dont un empièrrement du cholédoque (25)
- 6 fois 13 jours,
- 4 fois 14 jours,
- 1 fois 15 jours, obs. 22
- 2 fois 16 jours, obs. 24 et 54
- 1 fois 17 jours, obs.50
- 1 fois 24 j. obs.14, nécrose musculaire de la paroi. Revue 5 ans après. Pas d'éventration. Excellente santé.

Nous n'avons pas tenu compte de l'influence de l'âge, mais nous signalons cependant que pour treize jours et au dessous d'hospitalisation, la moyenne d'âge est de 47,2 ans, et pour 14 jours et au-dessus, la moyenne d'âge est de 60,4 ans.

2 - Dans les 9 sphinctéroplasties associées à une ouverture de la voie biliaire principale, mais sans drainage de celle-ci :

1 décès au 2e jour (obs. 12 - voir ci-dessus).

En dehors de ce cas, la durée moyenne d'hospitalisation a été de 12 jours.

La répartition est la suivante :

- 1 fois 9 jours,
- 1 fois 10 jours; obs. 11, fistule bilio-biliaire,
- 2 fois 11 jours,
- 1 fois 12 jours
- 3 fois 14 jours obs. 21 : empierrement (35 calculs)
  obs. 58 : calcul restant après cholécystectomie et cholédocotomie en janvier 1963.
  obs. 59 : calcul restant malgré sphinctéroplastie en 1966

3 - Dans les 15 sphinctéroplasties associées à une ouverture de la voie biliaire principale suivie de la mise en place d'un drain de Kehr, il n'y a pas eu de complications majeures à signaler, mais l'hospitalisation a toujours été plus longue.

- 2 fois 16 jours,
- 2 fois 17 jours,
- 2 fois 18 jours
- 2 fois 19 jours
- 1 fois 20 jours,
- 2 fois 23 jours,
- 2 fois 24 jours

dont l'observstion n° 8. Il s'agissait d'une cholécystite aiguë avec ictère chez un homme de 80 ans. La sphinctéroplastie a été pratiquée dans un deuxième temps, un mois après cholécystectomie et cholédocotomie, avec mise en place d'un drain de Kehr, première intervention longue et difficile. Une radiographie par drain de Kehr montre 3 calculs dans la partie basse du cholédoque, d'où la deuxième intervention comportant l'extraction des calculs et la sphinctéroplastie. L'hospitalisation totale pour ce malade a été de 54 jours mais 24 jours après la sphinctéroplastie. Le malade a été revu six ans après en excellente santé.

1 fois 28 jours (obs. 33) : malade obèse de 51 ans avec ictère opérée le 6.4.66. Intervention longue et difficile. Cette malade sera opérée le 12.8.69 d'une gastrectomie pour ulcère, celui-ci étant connu avant l'intervention sur la voie biliaire.

1 fois 42 jours (obs. 6) il s'agissait d'une malade de 29 ans avec cholécystite aiguë avec subictère et impression de péritonite localisée. Opération longue et très difficile. Suites prolongées, mais sans complications particulières.

4 - Dans un cas, sphinctéroplastie associée à une anastomose cholédoco-duodénale (obs. 43).

Les suites immédiates furent simples et la durée d'hospitalisation a été de 17 jours. Il s'agissait d'une malade de 73 ans présentant un ictère et ayant des antécédents d'infarctus du myocarde.

V - SUITES LOINTAINES

A - Hormis les deux malades décédés dans les suites immédiates, deux malades n'ont jamais été revus après leur sortie de clinique.

Tous les autres ont été revus au moins deux mois après et la plupart à l'occasion de ce travail soit avec un recul de sept ans pour les plus anciens.

Deux malades sont décédés, le décès n'ayant pas de rapport avec la sphinctéroplastie :

- l'une (obs. N°1) opérée le 8.1.63 à l'âge de 76 ans est décédée en 1965 d'une hémorragie cérébrale. Excellente santé de 1963 à 1965.

- l'autre (obs.N° 10) malade de 77 ans a été opéré le 18.10.63. Revu le 12.6.68, excellent état, ne suivant aucun régime. Décédé à 83 ans, en septembre 1969, d'un infarctus du mésentère.

- 8 malades ont été revus entre six et sept ans après l'intervention.

- 5 malades ont été revus entre cinq et six ans après.

- 6 malades ont été revus entre quatre et cinq ans après.

- 8 malades ont été revus entre trois et quatre ans après.

- 6 malades ont été revus entre deux et trois ans après.

- 7 malades ont été revus entre un et deux ans après.

- 7 malades opérés en 1969 ont été revus deux mois après leur intervention.

B - Les complications suivantes sont à observer :

1 calcul restant après sphinctéroplastie, obs. N° 36, puis obs. N° 59.

A la première intervention, la radio per-opératoire avait montré une image en queue de radis du bas cholédoque, sans aucun passage duodénal. Une sphinctéroplastie large avec affrontement des deux muqueuses était pratiquée. Les suites furent simples, mais trois ans après réapparaissaient des douleurs cholédociennes. Une

radiographie pré-opératoire montra alors une belle image de calcul du bas cholédoque. A l'intervention, le calcul ne fut pas retrouvé. La papille était béante. La sphinctéroplastie fut agrandie. Suites simples.

1 éventration (obs. 52) médiane sus ombilicale mais état fonctionnel parfait.

Des malaises divers :

- observation 3 : excellent état malgré quelques petits épisodes douloureux dans les premiers temps qui suivirent l'intervention.

- observation n° 4 : excellent état malgré quelques "picottements" passagers.

- observation 5 : très bon état général, mais la malade présente par intermittence des douleurs et des vomissements, en rapport vraisemblablement avec une hernie hiatale.

- observation 19 : quelques douleurs au niveau de la sortie du drain de Redon.

- observation 49 : bien dans l'ensemble malgré quelques signes fonctionnels sans précision.

Les suites lointaines comme les suites immédiates des 64 observations analysées peuvent, nous semble-t-il, être considérées comme excellentes.

Cela ne doit pas nous empêcher d'analyser dans le chapitre suivant les différentes complications qui peuvent venir grever le pronostic des sphinctéroplasties.

oOo

Quatrième chapitre

LES COMPLICATIONS DE LA SPHINCTEROPLASTIE

MORTALITE OPERATOIRE

Comparer les statistiques de mortalité opératoire reste bien difficile. Mais elles reflètent néanmoins l'ensemble des facteurs, depuis l'indication opératoire, l'âge, l'état d'opérabilité ou non des malades, la technique opératoire, les soins et la réanimation post-opératoire.

Il apparaît certain que la mortalité lors ou à la suite d'intervention comportant une sphinctéroplastie est, dans certaines statistiques, assez élevée.

Nous avons relevé les chiffres suivants :

STOPPA 4,5 % - ROUX 4,2 % - MOUCHET 6 % - GOINARD 2,5 % - OLIVIER 2 % - SUIRE 7 % - BUFFAT 9,5 % - CHAMPEAU 4 % - HEPP 4 %.

Trois complications essentielles expliquent dans la plupart des cas cette mortalité :

- les pancréatites,
- les hémorragies,
- les fistules duodénales.

A - LES PANCREATITES

Si certains auteurs n'en font aucunement mention : GOINARD (0 cas sur 212) MALLET-GUY (0 cas sur 77) SUIRE (0 cas sur 57) BUFFAT (0 cas sur 21) AUDOUIN (0 cas sur 31) DUBOURG et FONTAN (0 cas sur 27), il n'en est pas de même pour tous :

- SOUPAULT	4/400
- HIVET	4/300
- HEPP	6/396

STOPPA	4/240
MOUCHET	4/180
Del VALLEE	4/177
LATASTE	3/89
SALEMBRIER	6/138
OLIVIER	4/87
GERMAIN	6/57
RETTORI	6 cas
POILEUX	4/24

L'étiopathogénie des pancréatites secondaires à la sphinctérotomie oddienne reste controversée.

La technique est souvent mise en cause : sphinctérotomie large, suture des muqueuses cholédoco-duodénale, drainage transpapillaire,

- Ligature accidentelle du Wirsung lors des sutures muco-muqueuses ou lors de tentatives aveugles d'hémostase,

- fausse route de l'exploration instrumentale,

- traumatisme direct du pancréas.

Tous ces gestes ou techniques incriminés agissant par eux-mêmes ou entraînant des réactions secondaires : oedème ou réaction réflexe, reflux dans le Wirsung.

Les gestes connexes ont été avancés aussi : hyperpression lors de la radiomanométrie, conséquence des drogues administrées: Atropine, anesthésiques entraînant un épaississement des sécrétions pancréatiques.

Le terrain lui même a été pris comme cause favorisante : déshydratation, antécédents d'accidents pancréatiques.

Retenir une de ces causes est impossible; il en ressort cependant que la notion d'intervention longue, difficile, intervient bien souvent.

Le risque de pancréatite aiguë hémorragique est donc bien réel avec son pronostic effroyable (chiffré à 85 % de mortalité par HEPP).

B - LES HEMORRAGIES

Elles sont souvent cause de décès.

Leur mise en évidence est faite soit par collapsus, soit par hématémèse ou méloena, soit par saignement par un drain mis en place.

On les a expliquées, soit par des troubles de la coagulabilité, mais aussi par section du sphincter ou du duodénum. Le bistouri électrique est souvent incriminé.

C - LES FISTULES DUODENALES

Elles sont le fait de plusieurs, mais rares statistiques;alors qu'avant l'essor des sphinctéroplasties, la duodénotomie était considérée comme un obstacle important à ce genre de chirurgie.

D - CAUSES GENERALES

Il reste entendu que des complications non liées directement à la sphinctéroplastie peuvent survenir dans ses suites, comme dans les suites de toute intervention complexe sur les voies biliaires, ou sur toute autre région et entraîner la mort.

C'est le lot habituel des complications pulmonaires et cardiaques, les phlébothromboses, embolies, infarctus, surinfection d'atélectasie, défaillance cardio-vasculaire.

Conséquence de la chirurgie abdominale certains font état d'éviscération ayant entraîné la mort.

Des perforations d'ulcères de l'antre ou du duodénum ont été décrites dans les suites immédiates de l'intervention.

II - AUTRES COMPLICATIONS

D'autres complications, plus rarement mortelles ont été décrites après sphinctéroplastie. Elles peuvent être cause de réintervention, ou de séjours très prolongés.

- angiocholite,
- cholédocite rétro-pancréatique,
- péritonite,
- abcès sous phrénique,
- sténose duodénale inflammatoire,
- sténose sphinctérienne,
- cholécystite après sphinctéroplastie sans cholécystectomie,
- ictère post opératoire,

- fuites biliaires, si la sphinctéroplastie a été accompagnée de cholédocotomie,
- déséquilibre hydro électrolytique lié souvent à l'usage du drain de Kehr,
- collapsus en dehors des pancréatites ou des hémorragies,
- éventration,
- abcès de paroi,
- suppurations pulmonaires,
- complications pulmonaires ou cardiaques.

Des auteurs ont signalé une atteinte coronarienne comme suite à une sphinctéroplastie. Plusieurs citent des ascaridioses suite à l'ouverture du sphincter.

III - SUITES TARDIVES

Si les résultats immédiats diffèrent largement suivant les auteurs, l'ensemble des statistiques reconnaît à la sphinctéroplastie des résultats très favorables dans la proportion de plus de 80 %.

Les résultats sont en général classés en trois groupes :

A - très bons et bons,

B - Moyens ou incomplets,

C - Echecs.

A - Les résultats très bons impliquent la disparition totale de tous les troubles.

Les résultats bons laissent subsister quelques troubles dyspeptiques mineurs à type de flatulence.

B - Résultats moyens ou incomplets :

Il existe quelques douleurs supportables ou quelques troubles dyspeptiques.

C - Echecs :

Les troubles dyspeptiques sont importants. Il y a ictère ou persistance du syndrome douloureux identique à la période pré-opératoire.

On retrouve aussi l'angiocholite à répétition.

Parmi les échecs nous classerons aussi les lithiases résiduelles ou récidivées que HEPP chiffrait en 1964 à 6 cas sur 100 dans une statistique intéressant les réinterventions sur voies biliaires.

Les échecs représentent 1 à 3 %, les résultats moyens ou incomplets varient entre 10 et 15 %, dans la moyenne des statistiques.

oOo

Cinquième Chapitre

TECHNIQUE

Ce chapitre comprendra deux parties :

1 - La technique opératoire,

2 - Les soins dépendant de l'Anesthésiste-Réanimateur.

I - TECHNIQUE OPERATOIRE

Ayant aidé plusieurs fois le Docteur PEPIN lors d'interventions sur les voies biliaires comportant une sphinctéroplastie, ou ayant assisté d'autres fois à ces interventions, nous essayerons d'en décrire ici les points essentiels comme les détails. Bien sûr tout ne pourra être dit, puisque nous avons vu que la sphinctéroplastie proprement dite était assez souvent associée à d'autres manoeuvres. Mais nous nous efforcerons de décrire tout ce que nous avons vu concernant la sphinctéroplastie elle même.

1 - Installation et Instrumentation :

La table d'opération est une table VELLER, type Transparix 73. Elle facilite au maximum la prise des clichés per-opératoires sans déranger en rien le chirurgien.

La table instrumentale est une table spéciale qui passe en pont au dessus des jambes du malade. Elle est assez vaste pour ranger sans difficulté, et en ordre, tous les instruments dont la grande majorité est suspendue sur un porte instruments.

Les instruments spéciaux comprennent :

- outre les ciseaux longs et fins dont le tranchant doit être d'excellente qualité (ciseaux Américains à lame de tungstène), les

pinces de BENGOLEA, le dissecteur long et coudé à angle droit, les longues pinces à disséquer à différents types d'extrémité,

- un jeu de pinces à calcul de MIRIZZI,

- un jeu de cathéters de DUBOURG, dont deux conviennent particulièrement bien, grâce à leur courbure spéciale, à repérer le siège de la papille et dont deux autres, terminés par une extrémité renflée et cannelée ne sont jamais utilisés,

- un jeu de sondes en gomme, pleines,

- une tige métallique souple à laquelle on peut donner la courbure voulue,

- un jeu de curettes fines et mousses,

- les canules de Caroli dont la courbe est de beaucoup la plus utile,

-il n'y a pas d'instrument du type tire-papille.

- la sonde de DORNIA existe dans l'instrumentation, mais n'est pratiquement pas utilisée.

L'appareil de radiographie est un appareil MASSIOT-PHILIPS type PRACTIX sur statif mobile avec diaphragme centreur 90 kv 20 mA. C'est un appareil de maniement facile, peu encombrant, permettant la prise de bons clichés. Sa puissance est suffisante sauf peut être chez des sujets trop gras.

Aspirateur, Bistouri électrique, complètent l'appareillage.

A propos des compresses notons que ce sont de grandes compresses de gaze dont chacune porte à une de ses extrémités un long galon bleu (comme les champs opératoires) et qui, elles, sont comptées au moment de leur sortie du cylindre, leur nombre étant inscrit dans un cahier spécial, et qu'elles seront recomptées à la fin de l'intervention.

2 - Dispositif opératoire :

Le malade est couché complètement à plat, le billot dont dispose d'une table d'opération ne servant que très rarement. La table est parfois inclinée vers la gauche en particulier chez les sujets obèses.

Le chirurgien est à droite et y reste pratiquement durant toute l'intervention, sauf cas rares où il peut être amené à passer à gauche pour rechercher un calcul cholédocien.

Deux aides sont toujours indispensables : le premier aide est, bien entendu en face du chirurgien. Le deuxième aide est placé à sa gauche. Il a pour rôle essentiel de tenir la valve destinée à exposer la face inférieure du foie. Les valves autostatiques ne sont pas utilisées.

Le problème du radiologue mérite un mot. Au cours de la première année (1963), l'aide d'un radiologue extérieur à la clinique était demandé. Puis la panseuse a appris ce rôle particulier, ce qui évite toute attente et tout dérangement.

3 - Incision :

Nous avons déjà noté dans le chapitre III que l'incision avait toujours été une incision verticale, le plus souvent paramédiane dans les premières années, puis médiane. Mais il n'y a pas, même maintenant, de principe absolu et l'incision est choisie semblant le mieux adaptée à chaque type morphologique.

Les champs de bordure sont toujours cousus aux lèvres de la plaie, une fois l'incision cutanéo-graisseuse faite. Ceci évite l'existence d'images de pinces sur les clichés, pouvant venir gêner leur lecture.

4 - Exposition des lésions :

Une fois la cavité péritonéale ouverte, le ligament rond n'est pas forcément sectionné entre deux pinces, remplacée par deux ligatures. Le geste n'est exécuté que lorsque ce ligament gêne la mobilisation du foie.

Après la mise en place d'un grand écarteur de Gosset, la disposition des champs opératoires est importante : 2 champs de tétra permettent de refouler les anses intestinales vers la gauche sous la main droite du 1er aide, dont la main gauche tient parfois une valve malléable pour compléter le refoulement des anses (c'est là que la mise en léger déclive de la table vers la gauche peut rendre service).

Un autre champ est placé sous la face inférieure du foie recliné par une valve confiée au 2e aide. Les voies biliaires, accessoire et principale sont alors exposées, parfois seulement après la libération d'adhérences reliant la vésicule aux organes de voisinage, duodénum en particulier.

5 - Temps d'exploration visuelle et manuelle :

L'état de la vésicule, grosse ou scléro-atrophique, contenant manifestement des calculs ou non, si besoin ponctionnée pour aspirer son contenu liquidien.

L'état de la voie biliaire principale qui parfois apparaît presque d'emblée distendue, mais dont l'exploration au doigt donne rarement des renseignements précis, même si elle peut être saisie entre l'index passé dans le hiatus de WINSLOW et le pouce.

L'état du foie à vrai dire rarement augmenté de volume à moins que l'ictère ne soit trop ancien.

L'état du duodénum-pancréas,

sont autant de données à préciser avant d'entreprendre vraiment la dissection.

6 - Le temps de dissection du cystique :

Doit être mené avec la plus grande douceur. Il est parfois facile, mais on sait qu'il faut se méfier de trop de facilité en chirurgie biliaire, et que la pince en coeur placée sur la vésicule et confiée au 2e aide ne doit exercer qu'une traction modérée de façon à ne pas risquer d'attirer une voie biliaire principale trop facilement mobilisable.

Ailleurs ce temps est très difficile et long tant peuvent être collés entre eux le col de la vésicule, le canal cystique, la voie biliaire principale (canal hépatique commun ou cholédoque).

A ce temps il faut donner tout le soin nécessaire, ne rien pincer ou ne rien sectionner avant d'être certain de sa nature exacte. Ce peut être long, mais c'est indispensable. Il faut parvenir à exposer convenablement le triangle à sommet inférieur compris entre cystique et canal hépatique commun, avec toutes les variantes qu'il peut présenter selon le siège et l'état de chaque organe canalaire ou vasculaire.

De la voie biliaire principale elle même il n'est nécessaire que de dégager la face antérieure en sectionnant et en dégageant avec douceur le péritoine qui la recouvre.

7 - Intubation du canal cystique :

Le canal cystique ayant été clairement isolé, un fil de lin est passé autour, et un premier noeud fait, mais non serré.

Le canal cystique est alors ouvert, juste ce qu'il faut pour pouvoir introduire la canule courbe.

Parfois le canal est de petit calibre, mais peut facilement être distendu par une pince de BENGOLEA introduite par l'orifice.

La canule doit être enfoncée jusqu'à ce que son extrémité parvienne franchement dans la voie biliaire principale.

Alors le noeud peut être serré en amont de l'olive, et un deuxième noeud ensuite, les deux chefs du fil étant laissés longs, sortant par la plaie pariétale.

Deux ou trois grandes compresses sont mises en place, non tassées de façon à ce que la canule semble au mieux de sa position.

Très rarement, la canule droite est utilisée pour intubation de la voie biliaire principale.

Très rarement enfin la canule courbe est mise en place par le col de la vésicule.

8 - Radiographie :

Le produit utilisé est du radio-sélectan hypertonique à 76 % : une ampoule de 20 cc étant vidée dans une cupule.

Une simple seringue sur laquelle est adapté un raccord de 30 cms environ, de plastique siliconé, aspire ce liquide. Il faut s'y prendre à 2 ou 3 reprises pour éliminer toute bulle d'air de l'ensemble. Une pince est placée sur le raccord près de son extrémité et celle-ci adaptée fermement sur la canule (une pince de J.L. FAURE voit là une bonne utilisation).

Un champ est placé sur la plaie dont tout instrument métallique a été écarté.

Le cliché et la grille ayant été mis en bonne place grâce au dispositif spécial que comporte la table d'opération, l'appareil de radio est à son tour installé : l'ampoule est distante de 60 cm environ du champ, le centrage est facile grâce au dispositif lumineux.

La seringue est alors simplement levée, pas plus haut qu'il n'est nécessaire pour que le liquide commence à descendre.

Dès que 2 ou 3 cc sont passés un premier cliché est pris. Un temps de pose de 2 secondes est nécessaire à l'appareil décrit, c'est un peu long, mais compte tenu du dispositif anesthésique plus loin décrit, cela n'a finalement aucune importance.

Un autre cliché est pris avec une quantité un peu plus grande de liquide passé, un troisième si cela semble nécessaire.

La quantité de liquide écoulée en tout est rarement supérieure à 10 cc. Elle est en général inférieure. En tout cas aucune pression manuelle n'a été exercée sur le piston de la seringue pour le faire descendre.

Les clichés sont attendus avant de continuer l'intervention. 3 minutes sont nécessaires à leur développement.

Cette technique peut sembler simpliste. Elle a toujours, semble-t-il, donné satisfaction et aucune autre technique n'a été utilisée, manométrique en particulier. Est-ce un tort ou non ? Il ne nous appartient pas de juger. Nous exposons ce que nous avons vu faire. La lecture nous a seulement permis de constater que certains auteurs, parmi les plus célèbres, avaient proné la valeur de la radiographie per-opératoire isolée.

9 - La lecture des clichés

Est le moment capital où va se décider la suite de l'intervention.

Ils montrent parfois d'abord que l'extrémité de la canule vient repousser la paroi cholédocienne, et ceci malgré tout le soin apporté à sa mise en bonne place.

L'aspect de la voie biliaire principale dans son ensemble,

L'existence de calculs, un flou, leur nombre parfois repérable,

L'aspect de la terminaison de la voie biliaire principale,

Le passage du liquide dans le duodénum, parfois dès le premier cliché et surtout sur le 2e, voire le 3.

Parfois l'existence d'un Wirsung injecté,

sont autant d'éléments indispensables à bien analyser par la lecture minutieuse des clichés au négatoscope de la salle d'opération, car ce sont eux qui vont décider de la sphinctéroplastie à faire ou à ne pas faire.

10 - Si la décision de faire une sphinctéroplastie est prise, le temps suivant (une fois la canule enlevée) va être celui du décollement duodéno-pancréatique. Le péritoine pariétal est incisé au bord extérieur du 2e duodénum, et le décollement est poussé, avec douceur, aussi loin que possible. Quelques petits vaisseaux doivent

parfois être pincés et liés. La face antérieure de la veine cave inférieure est exposée. Le deuxième duodénum tourne sur son axe vertical, et, chez les sujets maigres, apparaît au bord de la plaie opératoire. Ce temps est très important car il facilitera les manoeuvres suivantes :

11 - Le repère de la papille se fait en général par le cathéter de DUBOURG passé par l'orifice du cystique que son extrémité franchisse ou non la papille, qu'importe, elle indique en tout cas le siège approximatif du centre de la duodénotomie, et il est inutile de faire un effort pour en voir l'extrémité faire saillir la face antérieure du deuxième duodénum.

12 - La duodénotomie est exécutée transversalement ou longitudinalement, selon les cas. Il n'y a pas de principe, et il semble que ce soit cas d'espèce. Elle doit être franche, au bistouri puis au ciseau fin, pas trop grande, mais suffisante pour avoir une bonne vue sur l'intérieur du duodénum.

13 - La découverte de la papille est plus ou moins aisée. Il semble que plusieurs cas puissent être schématisés :

- cathéter franchissant la papille,

- papille apparaissant à l'extrémité du cathéter qui ne la franchit point,

- un calcul reste parfois entre l'extrémité du cathéter de la papille,

- papille repérée grâce à du liquide injecté par une canule remise en place dans le cystique,

- papille non repérable, même par cet orifice minuscule et cachée dans les replis duodénaux qu'aucun écarteur ne parvient à dégager d'une façon convenable.

Ce temps de découverte de la papille peut être simple ou très difficile. Il ne faut pas vouloir découvrir une papille à tout prix. Il vaut mieux savoir renoncer à la sphinctéroplastie que de créer une fausse route.

14 - La sphinctéroplastie proprement dite comporte les temps suivants :

- passage de 2 fils de soie 000 sur aiguille sertie 1/2 courbe ronde à droite et à gauche de l'oricice papillaire.

- section de la papille entre ces 2 fils tendus, de la pointe d'un bistouri neuf ou surtout aux ciseaux longs et fins dont une lame fine a pu pénétrer dans la papille et l'ampoule vatérienne.

- Section franche et agrandissement vers la haut jusqu'à voir convenablement les deux muqueuses cholédocienne et duodénale, qui ont chacune un aspect différent : la 1ère plus blanche et lisse que la seconde.

- Sur ces 2 muqueuses 4 fils de soie 000 sont placés qui les prennent à l'extrême bord, 2 à droite, 2 à gauche, et dont les noeuds sont à peine serrés. Ils auront probablement vite fait de tomber dans la lumière duodénale.

- Ainsi la béance de la sphinctéroplastie est grande. Critère: une pince de MIRIZZI, coudée à angle obtus peut être passée de bas en haut, et explorer sans difficulté la voie biliaire principale jusqu'au plus haut, ramenant le ou les calculs qui s'y trouvent, s'ils sont de taille courante.

- Le Wirsung lui même, dont Monsieur LOYGUE a dit qu'il devait être cathétérisé, n'est jamais en fait apparu clairement. La direction donnée à la section du sphincter a semblé devoir en éviter la lésion.

- Au total, si le terme de sphinctéroplastie a été employé dans le courant de l'exposé c'est plus qu'une question de noms en plus ou en moins, à cause de la béance obtenue, de la bonne visualisation des 2 muqueuses, et du critère final fourni par l'exploration facile de bas en haut de toute la voie biliaire principale.

15 - Nous avons vu, dans l'exposé des observations et dans le chapitre consacré à leur analyse qu'une cholédocotomie avait été dans certains cas pratiquée, avant la sphinctéroplastie, ou parallèlement à elle. On peut en tout cas en profiter, après mise en place d'un petit drain de Kehr pour faire un lavage au sérum qui le verra ressortir par l'extrémité sectionnée de la voie biliaire principale. Ce drain de Kehr sera laissé en place ou non selon les cas. Il servira ou non à un dernier contrôle radiographique.

16 - Il reste en tout cas à terminer l'intervention :

- Fermeture du duodénum en un plan à l'aiguille sertie de lin.

- Remise en bonne place du duodénum sans qu'aucune péritonisation soit habituellement nécessaire.

- Cholécystectomie rétrograde avec péritonisation du lit vésiculaire (ce qui aurait pu dans certains cas être pratiqué avant la sphinctéroplastie).

- Mise en place d'une mèche à peine tassée sous la face inférieure du foie et sortant par l'incision, et d'un drain de Redon

placé sous la mèche et sortant en dehors de l'incision.

- Fermeture de la paroi plan par plan.

- CONCLUSION

Nous avons exposé point par point, le plan habituel que nous avons vu le plus souvent être réalisé.

Ce plan a bien sûr des exceptions que la lecture des observations ou de leur analyse a suffisamment montrées.

Si les petits détails ont été exposés c'est parce que chacun d'eux doit avoir son importante et que cette chirurgie de la voie biliaire principale, et des voies biliaires dans leur ensemble, est finalement une question de minutie dans les plus petits détails.

Enfin cette technique a été décrite sans tenir compte de ce qui a pu, par ailleurs, être exposé à ce sujet, ceci par un pur souci de réalité.

oOo

II - ANESTHESIE - REANIMATION

L'anesthésie ainsi que les soins pré et post opératoires de tous les malades concernés par ce travail ont été réalisés par le même médecin.

La prise en charge du malade par l'anesthésiste-réanimateur a lieu dès l'arrivée à la clinique et consiste en une conversation portant sur la maladie en cours, l'examen du dossier radiographique s'il existe déjà, et il est très important que dès cette prise de contact des liens de confiance se nouent entre le malade et celui qui sera son "médecin" pendant son séjour à la clinique.

Dans un deuxième temps a lieu l'examen clinique du malade d'où ressortira une première approximation du risque opératoire et anesthésique dont la notion sera complétée par le résultat des examens biologiques.

Dès cet instant trois catégories de malades subiront en outre un examen cardio-vasculaire complet réalisé par un cardiologue :

- Ceux des malades qui en manifestent le désir, même si l'examen et l'interrogatoire ne laissent aucun doute sur l'intégrité de leur système cardio-vasculaire.

- Ceux des malades dont l'examen a révélé quelques signes nécessitant un bilan plus complet.

- Ceux enfin qui sont âgés de plus de 60 ans et chez qui est pratiqué presque systématiquement un E.C.G.

Le bilan biologique opératoire comprend obligatoirement pour tous les malades :

- numération formule, temps de saignement, temps de coagulation.

- Urée, Glycémie,
- Taux de prothrombine,
- Groupe sanguin, Rh.

En cas d'ictère ou d'insuffisance hépatique suspectée, il est demandé en complément :

- Bilirubinémie - Cholestérolémie,
- Phosphatases alcalines - Transaminases SGOT-SGPT
- Protidémie
- Vitesse de sédimentation.

La veille de l'intervention, les malades reçoivent pour la plupart un hypnotique léger : Sécobarbital, ou un anxiolytique : Chlordiazepoxide.

Les malades arrivant au cours d'un épisode douloureux et fébrile sont traités par perfusion de procaïne-Atropine, antispasmodiques, Spasfon ou Avafortan à la demande, glace sur l'hypochondre droit et antibiothérapie (Pénicilline Colistine) jusqu'au jour de l'intervention.

Si des malades arrivent en état de dénutrition ils reçoivent chaque jour une perfusion d'acides aminés de 500 ml.

Le jour de l'intervention : tous les malades concernés par ce travail ont été opérés très tôt le matin et toujours les premiers du programme opératoire.

Prémédication : tous les malades ont reçu une heure exactement avant leur arrivée en salle d'opération, une prémédication qui comporte dans la plupart des cas :

- Prométhazine : 50 mg
- Péthidine : 50 mg
- Halopéridol : 3 à 5 mg suivant le poids.

Les malades âgés ont reçu soit une ampoule de Sédol qui représente 6 mg de morphine (dose non active sur le Sphincter d'Oddi et ne gênant pas la progression du liquide de contraste au cours des radiographies per-opératoires), soit 400 mg de Méprobamate.

Anesthésie : deux produits sont utilisés, le Penthiobarbital et l'Hydroxydione, Le premier étant utilisé dans la majorité des cas, le second étant réservé aux insuffisants respiratoire ou asthmatiques, aux vieillards et aux sujets ictériques ou fatigués à cau-

se de son absence de toxicité sur le parenchyme hépatique, et du réveil complet obtenu rapidement et permettant de mobiliser très précocement ces malades.

L'intubation trachéale réalisée chez tous les malades est faite sous Succiméthonium et la curarisation complétée à la demande par des doses fractionnées de D. Tubocurarine.

Quant à l'analgésie elle est réalisée par la Dextro-Moramide.

Après intubation les malades sont reliés à un respirateur à fréquence fixe le M.M.S. 104 et ventilés par un mélande de O_2 - N_2O à 50 % à un rythme et un volume courant qui sont fonction de l'âge de la capacité thoracique et des résistances thoraco-pulmonaires du sujet.

L'avantage de l'utilisation d'un tel type de respirateur outre la sécurité qu'il apporte au point de vue ventilation (il n'y a eu à déplorer aucune atélectasie post-opératoire) est qu'il donne par son mouvement régulier, évitant les "coups de bélier" de certains respirateurs à relaxation de pression, un confort chirurgical important et un silence abdominal parfait pour la dissection parfois longue et délicate du pédicule hépatique.

Quant à l'apnée nécessaire à la prise des clichés radiographiques per-opératoires, elle est réalisée de façon la plus simple qui soit: par arrêt du respirateur, en effet les malades étant en légère hyperventilation, l'apnée est obtenue dès l'arrêt de l'appareil et est au total de 5 à 6 secondes pour chaque cliché, le générateur de rayons X dont est équipé la salle d'opération nécessitant une pose d'environ 2 secondes.

A la fin de l'intervention, il est injecté systématiquement 5 mg de N. Allyl-Normophine pour éliminer tout risque d'hypoventilation par bradypnée due à la dextromoramide dont l'action pourrait ne pas être entièrement terminée à ce moment et les malades ne sont extubés que lorsque leur ventilation, mesurée au spiromètre incorporé au respirateur est au moins de 4 litres-minute.

En cours d'intervention, les malades reçoivent une perfusion de sérum glucosé hypertonique à 10 % et au cours des deux dernières années de ce travail, deux malades seulement ont reçu un flacon de sang conservé en per-opératoire.

Dans la période post-opératoire, les malades reçoivent par jour, deux litres de sérum glucosé à 10 % additionnés de NACl et ClK, ainsi que 40 mg d'acide adénosine-triphosphorique, ceci évidemment en dehors de toute perte extra-rénale et jusqu'au moment de l'émission des premiers gaz qui a lieu le plus généralement entre le 2e et le 3e jour post-opératoire.

Vingt pour cent environ des malades ont eu besoin d'une aspiration gastrique qui n'est jamais installée systématiquement après l'intervention à cause de l'inconfort que cela représente pour les malades.

Il est bien évident que dans ces cas-là, ainsi qu'en cas de mise en place d'un drain de Kehr, les perfusions sont réajustées chaque jour en liquide et en électrolytes après étude du bilan des entrées et des sorties.

Pour tous les malades il a été fait une antibiothérapie de couverture systématique par Pénicilline Colistine ajoutée aux perfusions sauf en cas où la bile purulente a fait préférer l'hémisuccinate de Chloramphénicol.

La durée de cette antibiothérapie a été en moyenne de 6 jours y compris le jour de l'intervention et la moyenne des températures relevées pour les trois premiers jours s'établit à 37°7.

Une des complications majeures imputée aux sphinctéroplasties : la pancréatite, a été heureusement épargnée dans les suites opératoires. En effet, il n'en a été relevé aucune, mais dans certains cas des injections de Zymofren sont faites aux malades essentiellement lorsque les manoeuvres au niveau de la papille ont paru longues et difficiles ou lorsque le canal de Wirsung apparaît injecté par le liquide de contraste sur les radiographies per-opératoires. Dans ces cas là, il est fait 20.000 unités de Zymofren pendant 3 jours et si ce traitement préventif peut prêter à discussion, il ne paraît pas que l'on ait le droit de s'en dispenser, les résultats obtenus par cette longue série de sphinctéroplasties semblant au moins inciter à persister dans cette voie.

La chirurgie de la voie biliaire principale exposant aux risques de thrombose tous les malades sont soumis à un traitement anti-coagulant à l'exception de ceux chez qui est mis en place un drain de Kehr, en effet, chez ces malades le risque d'hémorragie grave est trop grand pour les y exposer, semble-t-il.

Pour ce traitement, il est employé exclusivement le Sintrom à la dose de 6 mg le premier jour, 4 mg le deuxième et le troisième jour, et ensuite la posologie est adaptée suivant les résultats du taux de prothrombine.

Le traitement est commencé le jour de l'ablation de la mèche sous-hépatique (4e, 5e jour) et poursuivi trois semaines à un mois après la sortie du malade de la clinique.

oOo

CONCLUSIONS

Dans cette série de 64 sphinctéroplasties, aucune des graves complications liées directement à ce type d'intervention décrites dans la littérature (pancréatite, hémorragie, fistule duodénale) n'a été constatée.

Toutefois la connaissance de ces redoutables complications explique une attitude qui paraît beaucoup plus éclectique dans les dernières années intéressées par ce travail.

Malgré cette influence des publications la poursuite dans l'avenir d'une telle intervention n'a aucune raison d'être abandonnée.

Il apparaît en effet que la réussite est due, ce qui semble être une nécessité absolue :

1 - à une technique rigoureuse,

2 - à la cohésion d'une équipe chirurgicale, dont les différents éléments, confiants et habitués les uns aux autres permettent des manoeuvres où la douceur et la minutie des gestes, alliées à une instrumentation adéquate doivent être des qualités essentielles.

3 - A une indication précise, justifiée par un ensemble d'éléments où la radiographie peropératoire joue un rôle primordial; ensemble d'éléments qui doivent éventuellement faire prévaloir telle méthode chirurgicale à telle autre, et même faire renoncer à une sphinctéroplastie si on la prévoit difficile ou traumatisante au profit d'une anastomose externe par exemple.

oOo

Vu le Président de Thèse

Pr. LOYGUE

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- AUDOIN M.

Expérience de 3 ans de la sphinctéroplastie dans la lithiase biliaire.
Mem. Acad. chir. 1959, Tome 85, p.238 à 241

- BARRAYA L., MINICONI D., OUSTRIC J.D.

Papillo-sphinctéroplastie mesurée - 69 résultats éloignés. Fermeture primitive du cholédoque.
Mem. Aca. Chir. 1958, Tome 84, p.799 à 807

- BARRAYA L. et MINICONI D.

A propos de la papillo-sphinctéroplastie totale et de la chirurgie biliaire sans drainage.
Mem. Aca. Chir. 1959, Tome 85, P.249 à 251

- BUFFAT J.D.

Les sphinctérotomies oddiennes.
Rev. Franc. Gastro-entérol (22) Nov. 1966, p.29 à 40

- CHAMPEAU M.

Chirurgie de la lithiase cholédocienne sans drainage avec sphinctéroplastie totale.
Mem. Aca. Chir. 1959, Tome 85, p.241 à 244

- CIAUDO D. et DUON R.

Complication mineure de la sphinctérotomie oddienne. Ascaridiose de la voie biliaire principale.
Mem Aca. Chir. 1966, Tome 92, p.841 à 844

- DEBRAY Ch., ROUX M., LE CANUET R. et THOMAS J.

Sphinctérotomie oddienne, suites cliniques et radiologiques.
Cahiers R.M.F. Avril 1964, p.183 - 191

- DEBRAY Ch., ROUX M., LE CANUET R. et THOMAS J.

70 cas de sphinctérotomie oddienne
Sem. Hop. Paris 39 (51) 14 Nov. 1963, p.2441à 2446

- DUBOURG G. et FONTAN F.

Cholédocotomies et sphinctéroplasties
Mem. Aca. Chir. 1959, Tome 85, p.279

- GOINARD P. et PELISSIER C.

Chirurgie de la lithiase cholédocienne sans drainage.
Mem. Aca. Chir. 1957, Tome 83, p.606

- GOINARD P. et PELISSIER G.

Chirurgie de la lithiase cholédocienne sans drainage grâce à la sphinctéroplastie totale.
Mem. Aca. Chir. 1958, Tome 84, p.553 à 559

- GOINARD P. et PELISSIER G.

La chirurgie de la lithiase cholédocienne sans drainage avec sphinctéroplastie totale
Mem. Aca. Chir. 1959, Tome 85, p.258 à 261

- GOINARD P. et PELISSIER G.

La désobstruction idéale de la voie biliaire principale (sans cholédocotomie ni sphinctérotomie).
Mem. Aca. Chir. 1961, Tome 87, p.589

- GOINARD et PELISSIER G.

Six années de sphinctéroplasties pour lithiase cholédocienne
Mem. Aca. Chir. 1963, Tome 89, p.234 à 239

- HENRY E., SARLES H. et MONTIER J.R.

Suites éloignées des interventions pour lithiase de la voie biliaire principale. Résultats comparés de 251 cas.
Mem. Aca. Chir. 1961, Tome 87, P.562

- HEPP J.

La chirurgie de la lithiase cholédocienne sans drainage avec sphinctéroplastie totale.
Mem. Aca. Chir. 1959, Tome 85, p.253 à 255

- HEPP J., MERCADIER M., MOREAUX J., PERNOD R. et JULIEN M.

Réflexions à propos de 100 cas de lithiase dite résiduelle de la voie biliaire principale.
Mem. Aca. Chir. 1964, Tome 90, p.335

- HUGUIER J.

A propos de la communication de Goinard P. Est-il dangereux de ne pas drainer à la fin d'une cholécystectomie pour lithiase de la voie accessoire.
Mem. Aca. Chir. 1959, Tome 83, P.757

- LEIBOVICI R., DEMIRLEAU J. et NOUREDDINE M.

La dilatation méthodique du sphincter d'Oddi.
Ann. Chir. 1964, vol. 18, n°21-22, p.1257 à 1270

- LONGUET Y.L.

Sur les risques immédiats de la sphinctérotomie oddienne.
Mem Aca. Chir. 1958, Tome 84, p.479 à 481

- LONGUET Y.L.

Sur les résultats et les suites éloignées de la sphinctérotomie oddienne.
Mem. Aca. Chir. 1959, Tome 85, p.244 à 249

- LONGUET Y.L.

Indications et contre indications de la sphinctérotomie oddienne d'indication biliaire.
Entretiens de Bichat - Chirurgie 1966, p.53 à 62

- MALLET-GUY P.

Sur la place des opérations directes sur la papille dans la chirurgie de la lithiase cholédocienne.
Mem. Aca. Chir. 1959, Tome 85, p.251 à 253

- MALLET-GUY P. et CHABAL J.

Sur le traitement des cholécystites lithiasiques aiguës. A propos d'une deuxième série de 198 cas opérés en 5 ans.
Mem. Aca. Chir. 1961, Tome 87, p.550

- MOUCHET A., MARQUAND J. et GUIVARC'H M.

Lithiase biliaire de l'enfant et de l'adolescent.
A propos de 3 observations.
Mem. Aca. Chir. 1964, Tome 90, p.55

- MOUCHET A., MARQUAND J. et GUIVARC'H M., LENRIOT J.P.

La sphinctérotomie d'indication biliaire. Etude d'une série de 180 cas. Indications et résultats.
Mem Aca. Chir. 1965, Tome 91, p.987 à 994

- OVIDE M.

Une technique de sphinctérotomie oddienne.
Thèse Bordeaux n° 50, 1965

- POILLEUX F., MICHON H. et VANETTI A.

Accidents immédiats de la sphinctérotomie.
Ann. Chir. 1964, vol. 18, n°23 - 24, p.1420 - 1423

- RETTORI R.

Etude d'une centaine de sphinctérotomies oddiennes.
Entretiens de Bichat. Chirurgie 1966, P.67 à 70

- RETTORI R., LAUMONIER R., ROUX M.

Bases anatomiques et physiologiques de la sphinctérotomie oddienne.
Mem. Aca. Chir. 1956, Tome 82, p.532 à 538

- ROUX M., DEBRAY C., LE CANUET R. et THOMAS J.

Résultats éloignés de la sphinctérotomie oddienne.
Mem. Aca. Chir. 1963, Tome 89, P.369 à 376

- STOPPA R., SEROR J., RIVES J. et PREVOST J.J.

Notre expérience de la sphinctérotomie oddienne en pathologie biliaire.
Ann. Chir. 1968, Vol. 22, n° 23 - 24, p.1347 à 1356

- SOUPAULT R.

A propos de la communication de M. Goinard et Pelissier sur la chirurgie de la lithiase cholédocienne.
Mem. Aca. Chir. Tome 83, 1957

- SOUPAULT R.

La chirurgie de la lithiase cholédocienne sans drainage avec sphinctéroplastie totale.
Mem. Aca. Chir. 1959, Tome 85, p.255 à 258

- SUIRE P., VACHERAT J., OVIDE M.

Les relations entre la technique et les complications de la sphinctérotomie oddienne, d'indication biliaire.
Mem. Aca. Chir. 1965, Tome 91, p.1092 à 1102

- VACHERAT J.

Au sujet d'un procédé de sphinctérotomie oddienne.
Thèse Bordeaux 1962.

oOo